FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 — THÈSE — N° 545

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LESGOURGUES MAUD

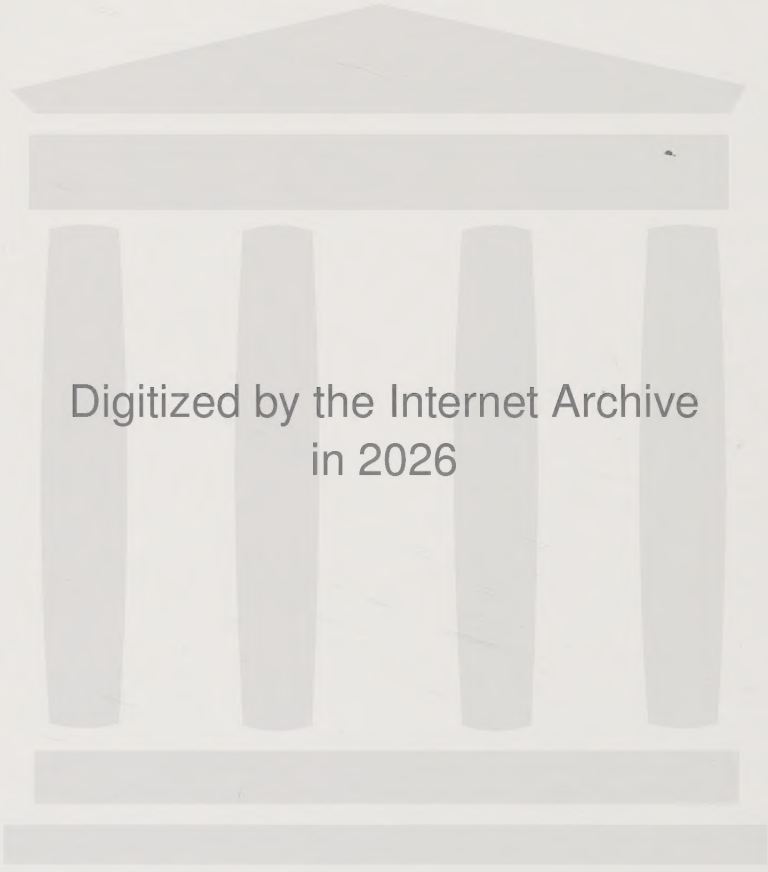
née le 7 Mars 1933, à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le *19*

L'ÉTABLISSEMENT HÉLIO-MARIN DE LA VILLE DE PARIS A HENDAYE POSSIBILITÉS ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Président : M. LELONG, *Professeur*

Imprimerie Moderne, 18, rue de Folin, Biarritz.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538124_0072

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962 *THÈSE* N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LESGOURGUES MAUD

née le 7 Mars 1933, à Rouen

Présentée et soutenue publiquement le *19*

L'ÉTABLISSEMENT HÉLIO-MARIN DE LA VILLE DE PARIS A HENDAYE POSSIBILITÉS ACTUELLES ET PERSPECTIVES D'AVENIR

Président : M. LELONG, *Professeur*

Imprimerie Moderne, 18, rue de Folin, Biarritz.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BENARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRE (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOUL (P.), LAROCHE (G.), LEVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), Pasteur VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUENU (J.), RICHET (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

Doyen	Léon BINET *Membre de l'Institut*
1er assesseur	Jean VERNE
2e assesseur	Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRE DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Pitié	CORDIER (G.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	
Boucicaut	LENEGRE (J.)
Broussais	SOULIE (P.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Lariboisière	SEZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	
Baudelocque	LACOMME (M.)
Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.) LHERMITTE (F.) PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.) - COUINAUD (C.) - GILLOT (C.) - OLIVIER (G.).

Anatomie pathologique : GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.), p. s. ch. - MM. ABELANET (R.) - BUSSER (F.) - CHOMETTE (G.) - GOUYGOU (Ch) m. conf. - NEZELOFF (Ch.) - ORCEL (L.) - PAILLAS (S.).

Anesthésiologie : MM. KERN (E.) - VOURC'H (G.).

Bactériologie : MM. BARBIER (P.) - CHRISTOL (D.) - LE MINOR (L.) - TOURNIER (P.).

Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.) m. conf. - BOURILLON (R.) - CARTIER (P.) - DREYFUS (J.-Cl.) - GONNARD (P.) - KRUH (J.) - JEROME (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).

Carcinologie : MM. BOIRON (M.) - DENOIX (P.) - MATHE (G.) - SELIGMANN (M.).

Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.) - DUPERRAT (B.).

Electro-Radiologie : M. LEDOUX-LEBARD (G.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.) - BILSKI-PASQUIER (G.) - DAUSSET (J.) - DUHAMEL (G.).

Histologie : MM. COUJARD (R.), pr. s. ch. - MAROIS (M.) - RACADOT (J.).

Hydrologie : MM. BESANÇON (F.) - CORNET (A.).

Hygiène : MM. BOYER (J.), pr. s. ch. - BLANCHER (G.) - CORRE-HURST (Mme L.) - M. SAPIN-JALOUSTRE (H.).

Maladies infectieuses : MM. BASTIN (R.) - DUPONT (V.).

Médecine légale : MM. DEROBERT (L.), pr. s. ch. - FOURNIER (E.) - GUENIOT (M.) - HADENGUE (A.).

Médecine du travail : M. ALBAHARY (C.).

Neuro-Chirurgie : M. PERTUISET (B.).

Obstétrique : MM. GRANJON (A.) - HERVET (E.) - LE LORIER (G.) - LEVY (J.) - MORIN (P.) - MUSSET (R.) - ROBEY (M.) - SENEZE (J.) - SUREAU (C.) - THOYER-ROZAT (J.).

Ophtalmologie : MM. BREGEAT (P.) - DUBOIS (A.) - SARAUX (H.).

Orthopédie : MM. JUDET (R.) - MEARY (R.) - POSTEL (M.) - RAMADIER (J.).

Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.) - PIALOUX (P.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.) - LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.) - BINET (J.-P.) - CAUCHOIX (J.) - CERBONNET (G.) - CHATELIN (C.-L.) - DUBOST (Ch) - DUBOST (Cl.) - FAUREL (J.) - FLABEAU (F.) - GARBAY (M.) - GARNIER (H.) - GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) - GERMAIN (A.) - LATASTE (J.) - LEVEQUE (B.) - LOYGUE (J.) - MERCADIER (M.) - NATALI (J.) - PELLERIN (D.) - PERROTIN (J.) - ROBERT (H.) - THOMERET (G.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.).

Pathologie expérimentale : MM. BENHAMOU (J.-P.) - BERTHAUX (P.) - BOIVIN (P.) - CROSNIER (J.) - HARTMANN (L.) - LŒPER (J.) - MAURICE (J.) - MIKOL (Cl.) - RICHET (G.).

Pathologie Médicale : MM. AUSSANNAIRE (M.) - BOUVIER (J.) - BOUVRAIN (V.) - BRICAIRE (H.) - BRISSAUD (H.) - BROCARD (H.) - BUGE (A.) - CATINAT (J.) - CHRETIEN (J.) - COBLENTZ (B.) - CONTAMIN (F.) - COURY (C.) - ETIENNE (J.-P.) - FREZAL (J.) - FRITEL (D.) - HENNEQUET (A.) - HIMBERT (J.) - HOUSSET (E.) - LAROCHE (Cl.) - LESOBRE (R.) — MACREZ (C.) - MOREAU (L.) - NICK (J.) - ROYER (P.) - TOURNEUR (R.) - WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. JOSEPH (R.) - LAFOURCADE (J.) - LEPERCQ (G.) - MANDE (R.) - MOZZICONACCI (P.) - POLONOVSKI (C.) - ROSSIER (A.) - VIALATTE (J.).

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.) - LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.) - DEJOURS (P.) - DURAND (J.) - GIRARD, m. conf. - HUGELIN (A.) - SCHERRER (J.).

Physique médicale : MM. CHANTEUR (J.) - GOUGEROT (L.), m. conf, pr. s. ch. - GREMY (F.), m. conf. - MILHAUD (G.) - PELLERIN (P.) - ROUCAYROL (J.-Cl.) - TUBIANA (M.), m. conf.

Pneumo phtisiologie : MM. KREIS (B.) - MEYER (A.) - RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.) - DUCHE (D.) - FLAVIGNY (H.) - LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie : M. CERNEA (P.) - CHAPUT (Mme A.), m. c. agr. - GRELLET (M.).
Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.) - LAMOTTE (M.) - MARCHE (J.).
Urologie : MM. AUVERT (J.) - MOULONGUET (A.) - QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).
Clinique chirurgicale : MM. ABOULKER (P.) - AMFLINE (A.), p. s. ch. - VERNE (J.-M.).
Clinique médicale : MM. PERRAULT (M.) - RAMBERT (P.) - THIEFFRY (S.).
Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.) - MAYER (M.).
Clinique ophtalmologique : MM. DESVIGNES (P.) - OFFRET (G.).
Clinique oto-rhino-laryngologique : M. MADURO (R.).
Clinique pédiatrique et puériculture : M. LAPLANE (R.).
Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).
Clinique urologique : KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

MM. BOLTANSKI (E.) - LAUNAY (C.).

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.).
Secrétaire principal : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque - Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.).
Conservateur : Mlle DUMAITRE (P.).
Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.) - FORGET (F.) - Mlles LAURENT (H.) - LE NOIR (G.) - QUIEVREUX (E.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Docteur Clément LAUNAY

qui nous a inspiré
ce travail.

En hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur COLBERT,

Médecin-chef de l'Etablissement Hélio-Marin de la Ville de Paris à HENDAYE,

dont nous avons été l'Interne
en 1959 et 1960,
et qui nous a encouragé et guidé
dans ce travail.

En hommage de profond attachement.

A Monsieur le Docteur DARDEL,
Médecin résidant

A Madame AZCUÉ,
psychologue de l'Etablissement

qui ont bien voulu nous faire
bénéficier de leur expérience.

Au personnel de l'Etablissement
qui a collaboré avec nous
pendant notre stage.

En remerciement pour leur dévouement.

AVANT-PROPOS

Depuis fort longtemps l'Etablissement Hélio-marin de la Ville de Paris à Hendaye a retenu l'intérêt des pédiatres.

Ceci se justifie non seulement par l'ancienneté de l'Etablissement et sa situation à même la magnifique plage d'Hendaye, mais aussi par l'importance des bâtiments, la qualité des installations et le chiffre élevé des effectifs.

Une amélioration constante de l'aménagement intérieur de la maison reste le légitime souci de l'Administration de l'Assistance Publique qui peut être justement fière de cet élément de son patrimoine.

De nombreuses études, à différentes étapes de ses soixante ans d'existence, ont fixé le fonctionnement et la destinée de cet ensemble type.

Dans le cadre de notre travail, après un court exposé historique et un rappel géographique, deux activités, deux aspects de la maison nous retiendront essentiellement :

— Grâce à son équipement médical et à son personnel hospitalier qui est celui des hôpitaux de Paris, elle est apte à recevoir des enfants malades. Ainsi rappellerons-nous tout d'abord que son orientation vers le traitement des cas orthopédiques, déjà dessinée par Kirmisson au début du siècle, n'a fait que s'élargir et qu'aujourd'hui l'Etablissement a pu se spécialiser dans le traitement des séquelles de poliomyélite.

— Nous aimerions surtout, à cette époque où d'heureuses études ont montré les méfaits des séparations injustifiées des enfants de leur milieu familial — études qui doivent mettre un frein aux séjours d'enfants uniquement convalescents — montrer, sans paradoxe, combien certains cas psychiques peuvent être améliorés dans un tel service d'enfants. Ce sera là, nous le croyons, une conception nouvelle dont notre séjour d'Interne à Hendaye nous permet d'affirmer en toute objectivité le bien fondé.

HISTORIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

C'est en 1891 que l'Assistance Publique jugea nécessaire la construction d'un hôpital maritime pour enfants. A cette époque en effet, Berck s'orientait dans le traitement de la tuberculose osseuse, et son climat, estimé trop excitant et trop humide ne convenait pas à un grand nombre d'autres petits malades.

Ce fut pour ces raisons que la Commission Médicale porta son choix sur les plages du Sud-Ouest. Seule parmi elles, Hendaye accueillit favorablement la perspective d'un tel projet, les villes de Biarritz et Saint-Jean-de-Luz regardant d'un œil peu favorable l'installation « d'un sanatorium pour enfants » sur la Côte d'Argent !

Le terrain fut acheté en 1895. Construit en deux ans, l'Etablissement reçut en juin 1899 son premier convoi de 26 enfants.

Depuis lors, sa destinée est liée à l'évolution de la thérapeutique, de la psychologie infantile et des lois sociales.

Ouvert en 1899, sous le nom de sanatorium, il reçut, outre convalescents et rachitiques, des enfants atteints de tuberculose pulmonaire. Voici la relation par Marcou-Mutzner, notre lointain prédécesseur, interne de l'Etablissement en 1900, des traitements qui étaient alors pratiqués et qui malgré des résultats « satisfaisants », semblent assez éloignés de nos conceptions actuelles !

« Nos facteurs thérapeutiques sont la cure d'air et les bains de mer, depuis Mai jusqu'au mois de Novembre... Les tuberculeux avancés les supportent bien... il n'y a jamais d'accidents fébriles ou congestifs... Dans deux cas, les bains de mer froids ont seuls pu arrêter la fièvre tuberculeuse. » (Thèse 1901.)

Cependant, dès 1901, sous l'impulsion de Calmette, était ouvert le premier préventorium, et peu de temps après, la tuberculose pulmonaire devenait la contre-indication majeure de l'Etablissement.

Notre « Sanatorium » était alors rebaptisé Asile de la Ville de Paris, nom qui résumait en quelque sorte son but primitif : celui d'accueillir des petits citadins déficients.

Mais sa situation climatique privilégiée et son équipement de type hospitalier le désignaient pour être un important Etablissement de cure hélio-marine, lui permettant de traiter des affections plus précises que la simple convalescence.

C'est ainsi que dès 1907 fut créé un service orthopédique pour le traitement des scolioses, qui ne cessa par la suite de se développer.

La même année, devant le nombre croissant de demandes d'envois, l'Etablissement fut agrandi et le nombre de lits porté de 238 à 658.

Si quelques séquelles de poliomyélite étaient déjà traitées auparavant, ce n'est seulement qu'à partir de 1955 que s'organisa un service de rééducation spécialisée, en relation avec l'Hôpital Raymond-Poincaré de Garches. Ce furent tout d'abord 40 petits poliomyélitiques qui arrivèrent de Garches en avril 1955; 89 enfants sont actuellement traités dans ce service.

A cette même époque, après quelques observations isolées qui parurent dès 1937 aux Etats-Unis, se multiplièrent des études sur les troubles discrets ou dramatiques que présente l'enfant séparé de sa famille et privé de soins maternels. Il en résulta un effort spécial pour éviter à l'enfant, dans la mesure du possible, une séparation familiale (Hôtel Maternel - « Travailleuse familiale », etc.).

Ces mesures eurent pour conséquence de diminuer progressivement le nombre d'envois en cure lorsqu'elle n'était pas un impératif absolu. Si l'été l'effectif reste constant, les parents considérant ce séjour pour leur enfant comme des vacances au bord de la mer, l'effectif d'hiver connaît chaque année une baisse sensible, comme en témoignent les chiffres suivants :

Année 1957 :	été	800	enfants
	hiver	500	—
Année 1960 :	été	800	enfants
	hiver	330	—

Cette faible fréquentation hivernale ne correspond pas aux possibilités de l'Etablissement Hélio-marin.

La création d'un nouveau service d'enfants, porteurs de troubles psychologiques serait justifiée par les résultats positifs obtenus sur certains d'entre eux pendant ces dernières années et auxquels nous consacrerons une étude détaillée.

SITUATION - CLIMAT

L'Etablissement Hélio-marin est situé au fond de la baie d'Hendaye. Cette vaste baie, qui s'étend du rocher des Deux-Jumeaux au Cap Figuier, regarde déjà vers le Nord, comme la Côte espagnole.

Construit en bordure de la plage, l'Etablissement est cerné dans ses trois autres directions par les Pyrénées basques dont les sommets culminent entre 550 et 900 mètres.

Nous nous proposons d'analyser les caractères essentiels de ce climat de la côte basque en nous attachant seulement à en faire ressortir leur intérêt pour la cure hélio-marine.

Nous envisagerons successivement :

I — La stabilité thermique et l'ensoleillement.

II — L'air marin.

III — Le rôle des vents.

IV — La balnéothérapie marine.

I - *STABILITE THERMIQUE - ENSOLEILLEMENT*

La stabilité thermique est certainement l'un des facteurs les plus intéressants du climat hendayais. La relative constance de la température existe aussi bien dans la journée qu'entre les saisons et les grands écarts thermométriques sont inconnus à Hendaye. En effet, la température ne varie en moyenne que de

7° 8 entre le jour et la nuit. Quant aux saisons, elles présentent des variations relativement peu considérables, comme le montre une moyenne de 10 ans prise à Hendaye.

Hiver	:	7° 13
Printemps	:	13°
Eté	:	20°
Automne	:	15° 22.

La stabilité et la constance de ce climat sont dues essentiellement à deux faits :

— d'une part, Hendaye est environné de vastes plans d'eau, puisqu'il forme une étroite presqu'île entre la baie et le large estuaire de la Bidassoa. Cette étendue d'eau constitue un volant thermique qui donne de la fraîcheur en été et réchauffe l'hiver.

— d'autre part, pendant l'automne et une partie de l'hiver souffle un vent chaud et sec, le vent du Sud, qui relève la température de 10° en moyenne. Nous étudierons avec les autres vents ce phénomène régional, extrêmement important pour ses incidences multiples, sur l'organisme en particulier.

Hendaye possède un bon ensoleillement. Les observations effectuées indiquent une moyenne de 229 journées claires dont 50 à insolation éclatante, et de 741 heures d'insolation d'Octobre à Mars.

Les propriétés antirachitiques de l'ensoleillement sont trop connues pour que nous insistions sur elles. L'héliothérapie est pratiquée progressivement et prudemment. Dès le lazaret les enfants s'habituent au soleil en jouant librement dans la prairie attenante au pavillon et en faisant de courts séjours sur la plage. Ils sont ainsi adaptés lors de leur passage en division.

Il n'y a pas de solarium à Hendaye. La cure se pratique librement sur la plage et les terrains de jeux qui bordent l'Etablissement.

Les quelques accidents d'intolérance se réduisent à un clocher fébrile vespéral accompagné d'un érythème fugace.

II - *L'AIR MARIN*

L'air contribue activement aux bienfaits de la cure climatique; pendant leur séjour, les petits citadins respirent un air marin intact, grâce à la situation privilégiée de l'Etablissement.

Celui-ci est situé à l'écart de toute agglomération; la végétation alentour est abondante, les dunes fixées, les routes peu

nombreuses. L'air est donc extrêmement pur, pauvre en poussières et en germes pathogènes, riche en ozone.

L'air d'Hendaye est chargé d'embruns, dispersés par le vent sous forme de microbrouillards et qui constituent de véritables aérosols marins.

Du point de vue de leur constitution physique, ils sont chargés d'électricité négative et sont ainsi responsables de la faible ionisation atmosphérique de la côte basque. Or, l'influence tonique d'une atmosphère chargée d'électricité négative a été démontrée.

III - *LE ROLE DES VENTS*

Les vents ont un rôle primordial au pays basque et sont un des inconvénients de ce climat.

Nous ne parlons pas des brises côtières qui, en égalisant la température entre la terre et la mer, ont une action bénéfique, surtout pendant l'été, mais des grands vents d'Ouest - Sud-Ouest et du Sud. Le vent d'Est, par contre, est faible à Hendaye, qui en est protégé par le massif de la Rhune; il souffle surtout l'hiver et amène toujours le beau temps.

Les vents sont d'une périodicité remarquable à Hendaye et s'accompagnent toujours du même temps, si bien que l'on peut dire « tel vent, tel temps ».

1°) *Vent d'Ouest - Sud-Ouest :*

C'est le vent du large, le vent des averses. La pluie est en effet abondante à Hendaye où l'on enregistre 1536 mm d'eau par an contre 537 mm à Paris. Mais elle tombe généralement par averses torrentielles, ce qui explique qu'il ne pleut que 140 jours par an à Hendaye, contre 170 jours à Paris. Par bonheur ces averses sont souvent nocturnes, il pleut en moyenne 64 fois par an dans la journée.

Le vent du Sud-Ouest souffle en fortes bourrasques surtout au moment des équinoxes. L'Etablissement en est protégé par le massif du Jaisquibel.

2°) *Vent du Sud :*

C'est un vent régional dont le mécanisme de formation est identique à celui du Fœhn en Suisse. C'est un vent sec et chaud. Il souffle parfois en automne mais surtout en hiver; il donne alors l'illusion de l'été. Il s'accompagne d'une chute importante

de l'humidité. Le degré hygrométrique, habituellement constant autour de 75° tombe alors à 60 ou 50°.

Ce vent n'est pas toujours bien supporté. Lorsqu'il souffle violemment, il entraîne un état de nervosité chez la plupart des enfants qui se montrent alors particulièrement agressifs. Mais en dehors de ces troubles mineurs, il faut signaler les effets néfastes du vent du Sud sur les petits asthmatiques chez lesquels il déclenche souvent une crise dyspnéique. Les enfants asthmatiques ne sont du reste que rarement adressés à Hendaye. Ils sont alors l'objet d'une surveillance médicale particulière, l'évolution de l'affection dictant la conduite à tenir.

IV - *LA BALNEOTHERAPIE MARINE*

Les effets bienfaisants des bains de mer sur l'organisme sont connus depuis fort longtemps et leur efficacité ne s'est jamais démentie.

Cet agent thérapeutique est d'autant plus important à Hendaye que l'Etablissement reçoit non seulement des enfants rachitiques, mais également des enfants ayant un mauvais état orthopédique (scoliose — insuffisances respiratoires) ainsi que des poliomyélitiques en cours de rééducation chez lesquels la balnéothérapie donne, on le sait, d'excellents résultats.

La balnéothérapie marine est favorisée à Hendaye par un climat tempéré. La saison des bains, dans les années normales, s'étend de Juin à Octobre. Les jeux de la plage permettent aux plus petits une balnéothérapie sans contrainte. Les enfants du service d'orthopédie sont amenés chaque jour près du petit port de Socoa, sur une plage remarquablement abritée où ils apprennent à nager sous la direction d'un moniteur. L'intérêt de la balnéothérapie marine se double ici de l'apprentissage des nages correctrices pour les enfants scoliotiques ou présentant une insuffisance respiratoire.

La kinésibalnéothérapie donne d'excellents résultats chez les poliomyélitiques. La construction d'une piscine d'eau de mer est actuellement en projet. Elle améliorera encore le service des poliomyélitiques en permettant aux enfants de poursuivre leur rééducation motrice librement et par n'importe quel temps sous la direction de moniteurs.

Ainsi les agents actifs du climat d'Hendaye sont multiples.

Nous n'avons pas voulu nous arrêter ici aux nombreuses explications chimiques, physiques et autres, longuement étudiées ailleurs, données aux bienfaits du climat de la Côte basque.

Il nous a paru utile cependant de rappeler la situation géographique de l'Etablissement et les données climatologiques du pays, car il nous faut reconnaître que, dans la quasi unanimité des cas, l'aspect, « la mine » des enfants sont transformés par leur séjour à Hendaye.

Est-ce l'ambiance de la maison, le seul changement de climat, le climat propre? Nous n'affirmerons rien, mais les faits sont patents.

SERVICE D'ORTHOPÉDIE

Est-il inutile de rappeler que c'est le plus tôt possible dans l'enfance que les affections orthopédiques au premier rang desquelles nous plaçons la scoliose, doivent être traitées avec sérieux et constance.

C'est ainsi que le petit scoliotique par exemple devra se plier aux exigences d'un traitement continu et long, respecter des heures de repos qui l'empêcheront de suivre une scolarité normale; sa croissance devra faire l'objet de soins attentifs. Cette discipline, souvent difficile à observer, n'est pas toujours bien acceptée par l'entourage. C'est pourquoi trop d'enfants abandonnent prématurément leur traitement, hypothéquant gravement leur avenir.

Ainsi s'explique l'importance d'un service tel que celui de l'Etablissement Hélio-marin. L'enfant y trouve sur place tous les éléments souhaitables pour la guérison ou la stabilisation de son état. Grâce à une organisation spéciale, il peut aussi sans danger conserver une activité scolaire.

CREATION DU SERVICE

C'est à la demande du Professeur Kirmisson qu'un service orthopédique fut ouvert en 1907 à l'Etablissement Hélo-marin. Il débuta avec 50 lits, uniquement réservés à des fillettes scoliotiques. La direction en était confiée à une spécialiste suédoise, Mlle Enquist. Les rapports datant de cette époque, dont un du Professeur Kirmisson paru en 1909, font déjà état de résultats très satisfaisants. L'extension considérable du service en est la

preuve, extension qui a porté non seulement sur le nombre des enfants, mais aussi sur la multiplicité des affections traitées. C'est ainsi qu'actuellement, 500 enfants, soit dix fois plus qu'à la création, sont en moyenne traités chaque année pour des affections morphologiques diverses. Ce nouvel effectif a, bien entendu, exigé un remaniement de la structure et de l'organisation du service. Deux kinésithérapeutes y travaillent en permanence aidés de deux infirmières. Un pavillon est réservé aux enfants handicapés physiquement : pieds bots, maladie de Little, séquelles d'hémiplégie ou de fractures. Les autres enfants sont répartis dans les divisions correspondant à leur âge. Ils se rendent aux heures fixées au service de gymnastique médicale et font leurs heures de repos sous la surveillance de l'infirmière de division.

RECRUTEMENT DES ENFANTS

Les avantages du service orthopédique d'Hendaye sont connus des consultations parisiennes. A chaque convoi des enfants sont adressés pour une indication orthopédique. Ils sont soit en début, soit en cours de traitement. Celui-ci est alors repris sur les mêmes bases. Une étroite liaison s'établit en particulier avec les services de gymnastique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades, et de l'hôpital Trousseau.

Par ailleurs, quelques enfants sont directement dépistés à leur visite médicale d'arrivée. Au cours de celle-ci, on regarde systématiquement l'état du squelette, le tonus musculaire et la statique vertébrale de chaque enfant. Ainsi, sont découvertes une attitude scoliotique, une insuffisance respiratoire ou, plus rarement il est vrai, une scoliose passées jusqu'alors inaperçues.

Le traitement de chaque enfant est fixé au début du séjour au cours d'une visite médicale à laquelle assistent les kinésithérapeutes. Un régime et un plan de travail sont arrêtés suivant le cas et l'état général de l'enfant. Pour chacun d'eux, un dossier morphologique est établi; il sera un précieux moyen de contrôle tout au long du séjour. Il contient une observation générale, le poids, la taille, diverses mensurations et le résultat de l'examen spirométrique à l'arrivée. Ces résultats seront répétés à intervalles réguliers pendant le séjour de l'enfant. Des photographies de face, de profil, prises au 1/10e donneront une idée exacte des progrès accomplis. Lorsqu'il est nécessaire, un examen radiologique complète le dossier; le régime et le plan de travail sont également notés : gymnastique individuelle ou de groupe, séances quotidiennes ou hebdomadaires, heures de repos ou régime normal, etc.

Au terme de cette visite, les enfants pourraient être divisés en deux groupes.

TRAITEMENT DES CAS BENINS

Le premier groupe est constitué d'enfants présentant des déformations minimes, des attitudes vicieuses, une hypotonie ou une insuffisance respiratoire, le tout étant le plus fréquemment associé. Tous les enfants de ce groupe ont plus ou moins la même structure. Ils représentent environ la moitié de chaque convoi pour laquelle les mêmes mots sont employés sur la fiche médicale :

thorax étroit, épaules tombantes ou enroulées en avant, omoplates saillantes, dos sans musculature. L'hypotonie abdominale et le genu valgum font rarement défaut. Un bréchet sternal ou des dépressions sous-mammaires viennent parfois aggraver ce tableau. Ces enfants hypotoniques et hyperlaxes ont souvent une attitude scoliotique. C'est en effet une affection fréquente entre 6 et 12 ans.

Ces enfants ont trois séances de gymnastique corrective par semaine, par petits groupes de six à huit. Les attitudes vicieuses sont traitées par des mouvements symétriques avec musculation des régions postérieures (scapulaire, dorsale, lombaire). Des exercices de déblocage thoracique, de travail abdominal et de spirométrie, des suspensions aux espaliers-marches terminent chaque séance.

Ces enfants ont un régime normal dans leur division, suivent leur classe pendant la période scolaire, pratiquent les sports sous la direction du moniteur d'éducation physique de l'Etablissement. Ils ont des séances de natation systématiques pendant l'été.

Beaucoup de ces enfants sont transformés de façon spectaculaire après un séjour de trois mois : disparition de l'attitude scoliotique, amélioration de la capacité thoracique, bonne musculature et réduction de l'hypotonie abdominale.

A titre d'exemple, voici deux cas typiques :

MICHELE D..., 10 ans.

Entre en décembre 1959 ;
Fillette pâle, maigre et hypotonique ;
Epaules enroulées en avant, hypotonie abdominale importante ;
Attitude scoliotique :
Séjour de 5 mois, 3 séances de gymnastique médicale par semaine.

Au départ :

Etat général excellent ; disparition complète de l'attitude scoliotique ; bonne musculature ; réduction de l'hypotonie abdominale.

	Arrivée	*Départ*
Poids	23.500 kg	29,100 kg
Taille	130 cm	133 cm
Ex. spir.	1,5 l	1,8 l
Pér. xyph.	52-57	67-60
Pér. abd.	59-51	58-54

GERARD C.... 13 ans.

Entre en février 1957 ;
Obésité ; tendance à la cyphose lombaire ;
Genu valgum ;
Séjour de 5 mois; 3 séances de gymnastique médicale par semaine.

Au départ :

Remarquable modification morphologique ; disparition de l'obésité ; réduction complète du genu valgum.

	Arrivée	*Départ*
Poids	40 kg	40 kg
Taille	144 cm	148 cm
Ex. spir.	2,6 l	3 l
Pér. xyph.	79-72	82-71
Pér. abd.	68-60	64-58

TRAITEMENT DES MALFORMATIONS GRAVES

Les enfants faisant partie du deuxième groupe ont des affections beaucoup plus graves qui exigent un contrôle médical rigoureux, un traitement individuel et quotidien, un régime spécial dans la division. La majorité d'entre eux sont des scoliotiques.

Il ne faut pas négliger la gravité de la scoliose, non seulement pour le présent, car elle touche l'enfant ou l'adolescent en pleine période scolaire, mais aussi pour l'avenir, car un traitement mal conduit sera lourd de conséquences.

Le traitement est d'autant plus efficace qu'il est précoce. C'est pourquoi la colonne vertébrale de chaque enfant est soigneusement examinée à la visite médicale d'arrivée.

Une fois le diagnostic établi, le traitement doit être immédiatement mis en œuvre. Citons à ce sujet Madame Triboulet qui déclarait lors du Congrès de Kinésithérapie de 1959 :

« Il faut d'emblée instituer un traitement sérieux. Les études, sans être interrompues doivent être aménagées, les conditions d'hygiène nécessaires pendant la croissance doivent être sérieusement observées. La gymnastique doit être quotidienne, et la natation doit être pratiquée régulièrement. Les cures salines et climatiques sont également d'un grand secours. »

La conduite à tenir ainsi définie s'applique exactement à ce que l'enfant va trouver à Hendaye.

Le traitement comprend :

1° — Un traitement gymnique complété par la natation et par une rééducation psychomotrice.

2° — Le plus souvent, un traitement orthopédique associé.

3° — Un régime de vie spécial.

I. - *Traitement gymnique*

A — *Gymnastique Médicale*

La scoliose est une « dystonie d'attitude ». Le malade se sert de façon asymétrique de ses muscles de soutien : les muscles de la convexité sont contractés, alors que ceux de la concavité ne le sont pas.

On comprend ainsi l'intérêt d'une gymnastique qui apprend au côté concave, qui n'en a plus l'habitude, à se contracter. Il s'agit d'une gymnastique délicate et précise qui doit être dispensée par des auxiliaires médicaux expérimentés. C'est le cas du service orthopédique d'Hendaye où deux kinésithérapeutes s'occupent individuellement de chaque enfant. Les séances sont quotidiennes et durent une heure environ.

Les méthodes employées sont celles de M. Lance et Mme Boltanski et la méthode de Niederhoffer. Nous nous contenterons de décrire rapidement le principe de la première.

La méthode de M. Lance et Mme Boltanski consiste à rééquilibrer le malade, en ne lui faisant exécuter que des mouvements correcteurs ou hypercorrecteurs. Les premiers exercices sont effectués en position de décubitus. Les mouvements ne sont jamais exécutés sans le contrôle manuel du kinésithérapeute. Les mouvements, rythmés par la respiration, sont ensuite complétés par des exercices respiratoires. Dans un premier stade, on obtient ainsi la rééquilibration du scoliotique, en créant le plus souvent des courbures de compensation. Dans un deuxième stade, on entreprend une équilibration dynamique en faisant exécuter à l'enfant des mouvements symétriques. A ce stade, la morphologie de l'enfant est très améliorée et les gibbosités sont masquées. Il est bien entendu que l'enfant devra par la suite entretenir sa musculature par une bonne gymnastique quotidienne.

B — *Rééducation psychomotrice*

Les mouvements exécutés ne sont pas seuls à considérer. Il faut tenir compte également du psychisme de l'enfant qui doit accepter et participer à son traitement. Ce n'est pas toujours le cas et certains enfants, à leur arrivée, semblent réfractaires à tout

traitement correcteur. C'est pour eux, notamment, que sont organisées des séances de rééducation psychomotrice suivant la méthode du « Bon Départ ». Il s'agit d'une méthode rythmique. basée sur la reproduction dans l'espace de sensations perçues dans le temps. Cette méthode est essayée à Hendaye depuis trop peu de temps pour que l'on puisse déjà en juger les mérites.

L'ambiance familiale de l'Etablissement, le sens pédagogique des kinésithérapeutes sont par eux-mêmes une véritable thérapeutique et il est certain que les enfants s'épanouissent de façon spectaculaire pendant leur traitement. Ainsi en témoignent les photographies prises au départ et à l'arrivée : le visage fermé au regard apeuré de l'arrivée contraste étonnamment avec le visage souriant, détendu et assuré du départ.

Tel est le cas de GHISLAINE S..., 13 ans.

Entre en mars 1958, adressée par le Service des Enfants-Malades. avec le diagnostic de scoliose dorsale basse gauche.

A l'entrée, cette enfant présente :

1° Un déséquilibre important des deux épaules ; l'épaule gauche est de 6 à 7 cm plus haute que la droite.

2° Une attitude scoliotique à voussure totale gauche.

3° L'attitude vicieuse disparaît dès que l'enfant ne se sait pas observée.

4° Par ailleurs, bon état général.

Un test psychomoteur est demandé :

QI : 105.

Intelligence normale mais mentalité pithiatique. Hyperémotivité, hypersensibilité, nervosisme, imagination exaltée, susceptibilité. Dans certaines positions non contrôlées, les épaules s'équilibrent.

Sont prescrits :

psychothérapie

gymnastique médicale individuelle et quotidienne.

Le diagnostic de scoliose d'origine pithiatique est probable.

Or, en juillet 1958, quatre mois après l'arrivée, on note la disparition complète de l'attitude vicieuse et le dos est absolument normal.

A son départ, en septembre 58, cette enfant a une morphologie normale ; le développement staturo-pondéral a été remarquable.

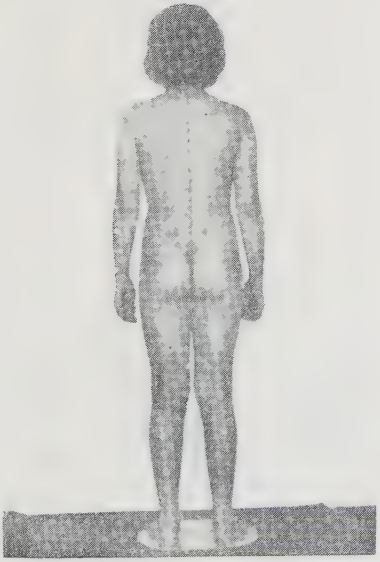
	Arrivée	*Départ*
Poids	41,400 kg	45,300 kg
Taille	149 cm	153 cm
Ex. spir.	2,3 l	2,8 l
Pér. xyph.	66-61	74-66
Pér. abd.	65-57	63-59

C — *Natation*

La natation complète de façon efficace le traitement gymnique; en effet, le scoliotique dans l'eau n'est plus soumis à la pesanteur et doit faire des gestes symétriques.

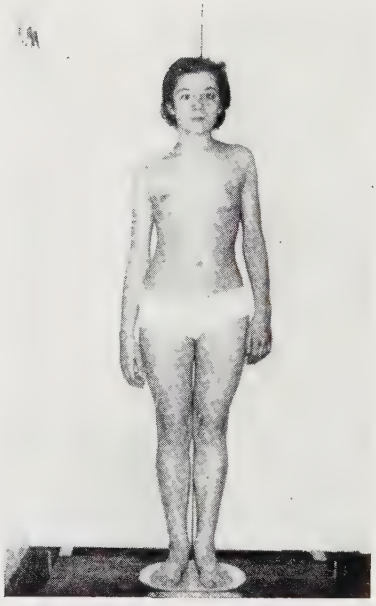
MICHÈLE D...

arrivée

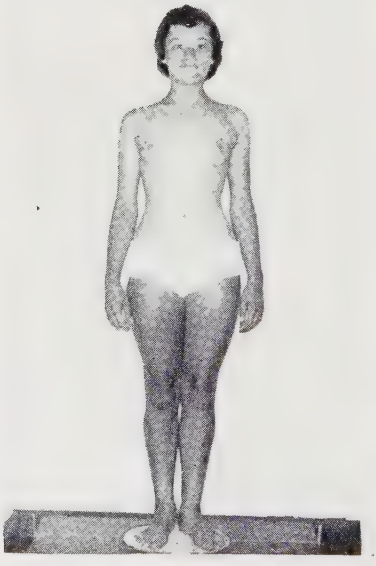


départ

GHISLAINE S...



arrivée



départ

Nous avons étudié par ailleurs la douceur du climat qui permet aux enfants de pratiquer la natation de Juin à Octobre.

Les enfants apprennent à nager la brasse, nage symétrique à action lordosante. Une méthode d'enseignement remarquable a été mise au point par le kinésithérapeute du service orthopédique. Si cette méthode est remarquable par son efficacité, puisqu'en une saison 117 brevets scolaires de 25 mètres ont été décernés, elle l'est encore davantage par ses procédés.

L'enfant apprend à nager en cinq séances, sans que le moniteur n'ait une seule fois à intervenir de façon directe. Cette méthode est uniquement basée sur la mise en confiance de l'enfant qui, dès la première séance apprend à plonger la tête sous l'eau. Toute appréhension ainsi calmée, l'enfant à la deuxième séance, s'allonge dans l'eau en faisant une coulée sans l'aide ni de bouée, ni de perche. Puis vient l'apprentissage des mouvements et il est exceptionnel que l'enfant, qui d'autre part est poussé par l'émulation, ne sache pas nager à la cinquième séance.

II - *Traitement orthopédique*

C'est le complément, souvent indispensable du traitement gymnique. Les thérapeutiques employées sont nombreuses et variées. Nous nous contenterons de les citer brièvement :

talonnettes,
semelles orthopédiques,
coquille de nuit :

elle est très souvent employée. Il s'agit d'un moulage en plâtre du dos du malade dans une position d'hyper-correction. Elle permet un redressement actif dans la nuit. Les enfants supportent en général très bien cet appareil.

III - *Régime de vie*

Un des éléments essentiels du traitement est d'obliger les enfants à respecter des temps de repos allongé. Ils font généralement en début de traitement 18 heures de décubitus par 24 heures; ce temps est par la suite réduit, suivant les améliorations constatées. Dans la journée, les enfants sont allongés en plein air, sur des lits de camp, en décubitus dorsal ou ventral.

Grâce à un système de chariots plats, les enfants peuvent assister à la classe en position allongée. C'est ainsi que plusieurs

fillettes ont préparé leur certificat d'études sans porter préjudice à leur état.

La durée du séjour doit être suffisamment longue dans l'intérêt même de l'enfant. Elle varie suivant chaque cas; il faut toujours envisager une cure de 6 mois au minimum.

L'enfant bénéficie en outre de la cure héliomarine et d'un régime de vie régulier. Un accroissement staturo-pondéral accompagne toujours les améliorations morphologiques.

A côté de ces scolioses, d'autres malformations plus ou moins graves sont traitées suivant le même principe : traitement orthopédique propre à chacune d'elles, mode de vie particulier. Dans tous les cas, l'activité scolaire est maintenue.

Rappelons brièvement les plus fréquentes d'entre elles :

— *les genu-valgum :*

Traitement : héliothérapie maxima associée à un traitement vitamino-calcique de stérogyl pendant les dix premiers jours du mois et de chlorure de magnésium — phosphates tricalciques pendant les vingt jours suivants.

gouttières plâtrées de nuit :

Mode de vie : l'enfant marche le moins possible. On l'incite par contre à faire du tricycle pendant toutes ses heures de loisir.

Cas graves : plâtres à demeure, de redressements successifs, suivis de station allongée progressivement réduite.

— *les insuffisances respiratoires graves :*

Traitement gymnique complété, si besoin est, par un corset à compression antérieure localisée sur un bréchet par un système de lame de ressort.

— *les cyphoses graves :*

Traitement gymnique.
Repos allongé en coquille plâtrée.
Natation.

— *les ostéochondrites :*

sont suivies par radiographies et vitesse de sédimentation trimestrielle.

Traitement : station allongée stricte, jambes placées en abduction dans certain cas, complétée par une gymnastique du moyen fessier.

Le lever sera très progressif et dépendra de l'évolution radiologique.

— *les pieds bots :*

Rééducation et mobilisation.
Port de chaussures orthopédiques.

— *les infirmes moteurs cérébraux :*

Rééducation psychomotrice, en faisant prendre conscience à l'enfant de l'effet de sa volonté sur sa spasticité.

— *les myopathies :*

Balnéothérapie.
Lutte contre les rétractions et les ankyloses.
Marche tant qu'elle demeure possible, l'enfant passant le reste de son temps en fauteuil roulant.

Ainsi l'Etablissement Hélio-Marin d'Hendaye a de grandes possibilités d'extension dans le traitement de ces diverses malformations de l'enfance, possibilités qu'il est certes bon de rappeler, mais — et ce sera maintenant notre propos — dont on a déjà tiré profit pour la rééducation des poliomyélitiques.

LE SERVICE DE RÉÉDUCATION DES POLIOMYÉLITIQUES

Le drame de la poliomyélite ne se joue pas seulement pendant le stade aigu de la maladie, car, une fois l'enfant hors de danger, se pose le problème, souvent douloureux, de l'infirmité résiduelle.

C'est pour tenter de le résoudre au mieux qu'il est préférable d'envoyer l'enfant dans un Centre de rééducation.

Mais la rupture ainsi créée avec le milieu familial et les réalités de la vie quotidienne risquent de retentir gravement sur le développement psychique de l'enfant.

Le Centre de rééducation doit donc faire face à des problèmes multiples qui devront être envisagés avec le même intérêt, qu'ils soient d'ordre physique, psychologique ou scolaire.

Il aura pour impératif de minimiser le traumatisme affectif causé par le sevrage familial et l'hébergement dans un service hospitalier et pour but de coordonner le traitement orthopédique, l'éducation et l'instruction des enfants. Ainsi, pourra-t-on espérer faire d'enfants infirmes des êtres équilibrés, capables d'une certaine indépendance et socialement adaptés.

Le service de rééducation du Centre Hélio-marin d'Hendaye nous semble répondre à ces obligations. C'est dans le but de coordonner les multiples aspects du traitement que deux fois par trimestre, médecins, kinésithérapeutes, infirmières, instituteurs et psychologues se réunissent pour examiner chaque enfant et confronter leurs impressions.

Certes, la perfection ne peut exister dans ce domaine particu-

lièrement douloureux où tout est toujours à tenter pour adoucir le sort de ces enfants infirmes, cependant leur gaîté et leur vitalité après un séjour de plusieurs mois à Hendaye prouvent la réussite de l'entreprise.

Nous envisagerons successivement :

I - L'histoire de la création du service.

II - Le traitement orthopédique :
1) bilan des séquelles,
2) traitement proprement dit.

III - La réadaptation psychologique :
1) climat affectif,
2) éducation et instruction,
3) loisirs.

I - *CREATION DU SERVICE - SON EQUIPEMENT ACTUEL*

Le service de rééducation consacré aux séquelles de poliomyélite est né le 15 avril 1955. Ce jour-là, 40 enfants qui avaient quitté la veille le service de rééducation du docteur Grossiord, à l'hôpital Raymond Poincaré de Garches s'installèrent avec deux rééducatrices dans un des pavillons de l'Etablissement. Une quinzaine seulement de ces enfants passaient la majeure partie de la journée allongés sur des chariots plats. On avait installé une salle de rééducation avec baignoire, tables et jeu de barres parallèles.

Au mois de juillet suivant, quelques-uns de ces enfants repartirent à l'hôpital de Garches pour être remis à leurs familles, tandis qu'un nombre équivalent venait occuper les lits vacants.

Ainsi s'instaurait le rythme de quatre convois par an entre l'hôpital Raymond Poincaré et le Centre Hélio-marin : en avril, juillet, octobre et décembre.

Mais la complexité grandissante des cas et le nombre croissant d'enfants allongés sur chariots plats posaient le double problème de leur rééducation et de leur vie dans le pavillon. De nouveaux locaux furent aménagés, le nombre des kinésithérapeutes fut augmenté, tandis que le nombre des enfants hospitalisés passait de 40 à 73 en 1959 et à 89 en juin 1961.

Ce service comprend :

— une vaste salle de rééducation de 25 m de long sur 7 m de large, pivot de toute l'activité des enfants. Elle est équipée de 7 tables de rééducation, 3 barres parallèles, 4 plans inclinés que l'on peut relever à 45° et 70°, 1 escalier avec rampe des 2 côtés et marches de 5 cm et 7 cm, 1 escalier avec marches de 12 cm, une

« champtassinnette », sorte de grand youpala réglable avec un portique assurant la suspension et pouvant permettre la marche aux enfants qui ont des bras trop faibles pour le port des cannes. Une bicyclette fixe est le seul instrument de mécanothérapie. La mécanothérapie est peu employée dans ce service d'enfants, dont les mouvements demandent une surveillance constante.

— une salle de balnéothérapie comprenant deux baignoires individuelles et un « tank » en acier inoxydable.

Ces deux salles communiquent avec le pavillon d'habitation et les salles de classe par une longue galerie qui permet le roulage des chariots par tous les temps.

— sept rééducatrices s'occupent des enfants de 7 h 30 à 17 h 30 avec une coupure de 11 h 45 à 13 h. Elles ont une formation spécialisée et ont des connaissances approfondies d'anatomie et de physiologie musculaire.

Chaque enfant passe en moyenne une demi-heure par jour en salle de rééducation.

Un jour de la semaine est consacrée aux plâtres :

plâtres de marche : pelvi-pédieux,
attelles,
plâtres à cuiller ;

plâtres de nuit : coquilles,
gouttières ;

plâtres de posture : plâtres à bouchons notamment pour lutter par paliers successifs contre les déformations.

II - *LE TRAITEMENT ORTHOPEDIQUE*

De nombreux ouvrages ont été publiés sur la rééducation des poliomyélitiques. Dans cet exposé, nous nous contenterons, en nous référant à ces ouvrages, d'en rappeler brièvement les principes.

Nous envisagerons successivement :

1 - La visite médicale d'entrée et le bilan des séquelles de la maladie.

2 - Le traitement proprement dit, qui comprend :
A - Balnéothérapie ;
B - Kinésithérapie ;
C - Réadaptation fonctionnelle.

1- *Visite médicale d'entrée et bilan des séquelles.*

A l'arrivée de l'enfant, médecin et kinésithérapeute se réunissent pour faire un examen minutieux et objectif de son état.

Un bilan musculaire est établi. Chaque muscle est examiné et coté de 0 à 5 suivant la technique de Testing international. Ces

résultats sont portés sur une fiche, qui résume ainsi l'extension des paralysies.

Sur une deuxième fiche sont notées les rétractions, le défaut de croissance des membres, les déformations.

L'attention se porte tout particulièrement sur la colonne vertébrale de l'enfant, pour surveiller ou prévenir une scoliose, complication orthopédique majeure de la poliomyélite. C'est pourquoi un bilan radiologique complète systématiquement le dossier de l'enfant. Il comporte un cliché du rachis, de face en décubitus, bassin parfaitement d'aplomb, le plus souvent complété par deux inflexions latérales prises dans les mêmes conditions. La mesure de ces inflexions sur de petites portions de cinq ou six vertèbres montre ou infirme l'asymétrie du rachis.

On note également les troubles vaso-moteurs : leur sévérité et leur topographie. Tous ces examens, y compris les clichés radiologiques de contrôle sont répétés à intervalles réguliers pendant le séjour de l'enfant, permettant d'établir un bilan comparatif objectif de son état.

2 - *Le traitement proprement dit.*

Les idées directrices de la thérapeutique seront les suivantes :

— lutter contre les troubles vaso-moteurs ;
— lutter contre les rétractions et faciliter la restauration des muscles déficients ;
— réadapter fonctionnellement l'enfant en lui apprenant à acquérir une certaine indépendance.

A - *Balnéothérapie*

Elle a pour but de réchauffer les membres de l'enfant et de faciliter le travail de rééducation. Baigné dans une eau chaude, l'enfant se détend, fait des mouvements qu'il ne pourrait accomplir que difficilement à l'air libre. Ces ébats dans l'eau sont de plus en plus sans danger pour la colonne vertébrale et rompent utilement avec « les postures » et les indispensables séances d'immobilité en bonne position.

Chaque enfant passe donc en premier lieu dans la salle de balnéothérapie dont nous avons déjà noté l'équipement. Là, il est entièrement baigné. Ceux dont la poliomyélite est relativement récente ou encore douloureuse, font leur gymnastique dans la baignoire même.

B - *Kinésithérapie*

Elle s'attache tout d'abord à lutter contre les rétractions. Pour cela, elle emploie des moyens thérapeutiques dont les plus importants sont les « postures » :

— « postures actives » : élongations localisées obtenues manuel-

lement et maintenues par la rééducatrice pendant une ou plusieurs minutes.
— hypercorrections temporaires en utilisant des jeux de sangle et des sacs de sable.
— plâtres de contention, enfin, ou attelles pour les extrêmités.

Elle s'emploie ensuite à restaurer la force du muscle en le stimulant. Cette gymnastique analytique a lieu après le bain et elle est faite en fonction du bilan musculaire. Il s'agit tout d'abord de mouvements passifs, puis de mouvements actifs assistés, rigoureusement contrôlés par la rééducatrice, enfin de mouvements actifs libres et faits contre résistance.

Il s'agit d'un travail persévérant, qui sera poursuivi quotidiennement pendant toute la durée de l'hospitalisation.

C - *Réadaptation fonctionnelle*

Il ne s'agit plus d'un travail analytique mais synthétique en apprenant à l'enfant à faire face aux divers problèmes de la vie quotidienne. Cette réadaptation, qui dépend de la distribution des déficiences et des muscles conservés est un problème individuel.

La crainte de la scoliose devra limiter la mise en charge trop précoce du rachis ; la station debout et la marche seront rigoureusement dosées et contrôlées. L'apprentissage de la marche est commencé lorsque l'enfant a acquis une force musculaire suffisante et que sont réduites les déformations majeures. L'enfant est d'abord placé sur un plan incliné, progressivement relevé, puis dans les barres parallèles maintenu par des sangles. Il retrouve ainsi, immobile, le sens de l'équilibre. Il apprend ensuite à se déplacer, dans les barres d'abord, puis en tenant tréteaux, cannes tripodes, cannes « canadienne », cannes simples enfin. Au cours de ces stades, lorsque la liberté de déambulation est jugée suffisante, on remplace l'appareillage plâtré provisoire par un appareillage définitif. Chaussures et appareils sont commandés à des artisans de Bayonne qui les font sur mesure.

Les membres supérieurs exigent une rééducation particulièrement attentive. Des appareils, parfois très simples, attelles d'opposition, soutien du poignet en cuir ou en aluminium pallient les fonctions déficientes et aident au mieux les enfants. En cas de déficience brachiale grave, un appareil maintenant le bras à hauteur d'emploi, permet à l'enfant de se servir de sa main. De multiples exercices du domaine de l'ergothérapie sont utilisés ; ils offrent de plus l'avantage d'éduquer les enfants en les mettant en contact avec un artisanat varié : vannerie, cartonnage, tissage, tricot...

Les déficiences du tronc peuvent indiquer le port de gaînes de maintien abdominal, de corset ou d'appareil de Milwaukee.

III - *LA READAPTATION PSYCHOLOGIQUE*

Avant son arrivée à l'Etablissement Hélio-marin, l'enfant poliomyélitique a connu un temps plus ou moins long d'hospitalisation. A l'âge où l'enfant est encore dépendant de sa mère, il en a été privé et n'a reçu le plus souvent que des soins anonymes. A l'âge où ses activités essentielles sont de voir et de toucher pour enrichir ses connaissances du monde extérieur, il n'a connu qu'un univers clos et réduit.

Minimiser le traumatisme de la séparation familiale, combler le retard affectif, supprimer les troubles du comportement de l'hospitalisme, rattraper le retard de connaissances dû au manque d'activité motrice, tels sont les objectifs essentiels du service de rééducation.

Nous envisagerons successivement :

1) Le climat affectif du service ;

2) L'éducation et l'instruction des enfants ;

3) Les loisirs.

1) *Le climat affectif du service.*

Placé dans un cadre nouveau, au milieu d'adultes inconnus, l'enfant souffre d'un sentiment d'insécurité aggravé d'une insatisfaction affective due à l'éloignement familial.

Pour prévenir ou lutter contre ces sentiments qui peuvent avoir un retentissement grave sur le développement psychique de l'enfant, l'organisation du service tend à recréer des habitudes familiales par un personnel stable et suffisamment nombreux pour donner à chaque enfant des soins individualisés.

Les locaux se composent de deux pavillons ; l'un, réservé aux plus petits a un aspect plus vétuste que celui des grands enfants qui offre tous les avantages du confort moderne : vastes baies ensoleillées, dortoirs boxés, recouverts de tapis « Bullgomm » où chaque enfant dispose d'un coin personnel pour étaler ses souvenir et entasser ses trésors.

A l'extrémité des dortoirs, est aménagée une petite salle dans laquelle les enfants se réunissent pour prendre leurs repas, les uns à table, les autres allongés sur leur chariot. Les plus valides apprennent à s'occuper d'eux-mêmes et à venir en aide aux plus atteints.

Une salle d'ergothérapie directement orientée sur la mer est toujours largement fréquentée par les enfants qui exposent avec fierté leurs ouvrages : tricots, vanneries, tissages, etc...

Le confort matériel serait insuffisant sans l'apport affectif qui le complète. Nous nous devons d'insister sur le dévouement de tout le personnel du service des enfants poliomyélitiques. Chacun apporte sa part de tendresse et de chaleur maternelle, accorde un

intérêt particulier à chaque enfant, connaît son caractère, ses petits secrets et lui permet de satisfaire son affectivité. Le babillage perpétuel, les rires qui fusent, les cris impératifs et parfois tyranniques pour les réclamer, sont les meilleures preuves de l'attachement des enfants à leurs infirmières et à leurs kinésithérapeutes.

Les résultats obtenus sur des enfants hospitalisés depuis leur première année et arrivant à Hendaye avec des troubles graves du comportement feront l'objet d'une étude particulière dans le chapitre suivant.

2) *L'éducation et l'instruction des enfants.*

Coupé du monde extérieur depuis le début de sa maladie, l'enfant est d'autant plus ignorant des réalités courantes qu'il a été atteint précocément. L'activité manuelle du jeune enfant qui touche les objets et les compare entre eux, acquérant ainsi des notions abstraites, lui a fait défaut.

A son arrivée, l'enfant fait tout d'abord l'objet d'une étude psychologique. Le test oriente médecins, instituteurs et infirmières sur la conduite à tenir.

Une large part est faite à l'observation ; il faut très souvent apprendre aux enfants des notions aussi simples que le rond, le carré, etc... On élargit leur domaine en leur montrant des objets usuels mais inconnus d'eux : ustensiles de cuisine, légumes, etc...

Le travail scolaire complète ces méthodes actives, fait entrer l'enfant infirme dans le domaine des bien-portants et lui fait sentir sa valeur personnelle.

Des problèmes individuels se posent pour coordonner le traitement orthopédique et l'activité scolaire. Un certain nombre d'enfants est allongé en classe sur chariot plat, d'autres sont assis, d'autres debout. Le problème le plus difficile est fourni, indépendamment des atteintes de jambe, par les atteintes spinales et des racines des membres supérieurs souvent combinées. La meilleure solution, pour quelques heures consacrées à l'écriture, est une coquille ventrale avec appui mentonnier ; les avants-bras reposent ainsi d'eux-mêmes sur le plan du chariot et peu de muscles sont nécessaires pour assurer une bonne écriture.

L'organisation scolaire comprend jardins d'enfants, maternelles et classes primaires. Certains enfants préparent et passent avec succès leurs certificats d'études.

3) *Les loisirs.*

Le travail éducatif doit autant que possible dépasser les limites de l'hôpital et associer les enfants à la vie ambiante.

Nous avons déjà parlé des possibilités multiples qu'offre l'ergothérapie.

Les disques sont un précieux moyen d'enrichissement. Les enfants apprennent à écouter la musique et à chanter en chœur. Des émissions sélectionnées de télévision, des séances de cinéma, quelquefois même des excursions en car à travers le Pays Basque, des visites de ferme rompent avec la monotonie du rythme hospitalier et élargissent les connaissances de l'enfant.

L'Etablissement Hélio-marin apporte sa part originale aux loisirs par sa plage. Si l'hiver, les enfants doivent se contenter de simples stations à l'air libre sous les tamaris, l'été ils vont chaque jour sur la plage. Ils y quittent appareils et chaussures et s'ébattent en liberté sur le sable chaud. Chacun est baigné, porté au bord du rivage par une personne du service.

Pour conclure ce rapide aperçu sur l'activité du service de rééducation des poliomyélitiques, nous répéterons qu'un contrôle systématique des résultats du traitement et de la réadaptation est effectué deux fois par trimestre, permettant des déductions précises sur les efforts conjoints des médecins, rééducateurs et enseignants.

L'Etablissement Hélio-marin peut donc, par lui-même, assurer la longue rééducation des poliomyélitiques.

Il est certain d'autre part que les enfants déjà traités à Garches et susceptible d'y retourner de longs mois tirent un grand bénéfice de leur séjour à Hendaye, où ils retrouvent de nouvelles forces. L'état sanitaire reste dans tous les cas très satisfaisant. Il nous a semblé en particulier que les complications pulmonaires, encombrements bronchiques surtout si fréquents dans les séquelles d'atteintes respiratoires, étaient beaucoup plus rares à Hendaye que sous le ciel de l'Ile de France. Ainsi dans ces cas, se retrouvent les bienfaits de la climatothérapie, ancienne raison d'être de l'Etablissement.

L'ÉTABLISSEMENT HÉLIO-MARIN CENTRE D'OBSERVATION PSYCHOLOGIQUE

Par sa situation et son équipement, l'établissement d'Hendaye semblait destiné à n'être qu'un grand centre hélio-marin médical et orthopédique.

Or, actuellement, l'établissement reçoit toute une série d'enfants présentant des troubles psychologiques pour lesquels des résultats très sensibles sont notés.

Ces résultats sont suivis avec intérêt par des consultations spécialisées et en particulier par le service de neuro-psychiatrie infantile de l'Hôpital Hérold.

Les enfants porteurs de troubles psychologiques sont adressés par ces services dans le but :

— d'établir pendant leur séjour, une observation suivie de chacun d'entre eux ;

— de tenter une amélioration sur les plans physique, affectif et intellectuel.

Ainsi, une décision concernant l'avenir de l'enfant peut être prise dans les meilleures conditions possibles, au terme du séjour.

Cette nouvelle orientation de l'Etablissement Hélio-marin n'a malheureusement reçu aucune consécration officielle des services administratifs. Bien que satisfaisants, les résultats atteints dans ce domaine pourraient l'être davantage et intéresser un plus grand nombre d'enfants, si un assouplissement des réglements administratifs et quelques mesures pratiques étaient mis en œuvre.

Il faut souhaiter cependant que cet important Etablissement

continue de suivre, comme il l'a fait depuis sa création, l'évolution de la médecine et de la psychologie infantile.

Or, actuellement la convalescence qui était une des indications principales de l'Etablissement Hélio-marin justifie de moins en moins l'envoi en cure. Les progrès de la médecine, en transformant la pathologie infectieuse et en diminuant le risque et la gravité des complications rendent moins nécessaire une cure climatique de convalescence. Mais surtout la séparation d'un enfant de sa famille risque d'entraîner de tels troubles sur son équilibre psychique, qu'il est préférable de l'éviter à moins qu'une raison sociale ou médicale impérative ne l'exige. Par contre, le nombre croissant d'enfants présentant des troubles du comportement est un problème angoissant, non seulement pour l'avenir personnel de ces enfants, mais aussi pour la société. Pendant leur séjour à Hendaye, certains de ces enfants ont présenté une amélioration caractérielle, accompagnée d'une élévation du Q.I. et de progrès scolaires. De tels résultats peuvent jouer un rôle essentiel dans leur avenir, en leur ouvrant des voies jusqu'alors fermées : (école de perfectionnement — institut médicopédagogique) et en leur permettant ainsi d'avoir une place dans la société.

En conclusion, c'est pour de légitimes raisons que l'Etablissement Hélio-marin d'Hendaye se doit d'accueillir moins de convalescents au profit d'enfants présentant des troubles psychologiques.

Nous envisagerons successivement :

I - Les cas et les résultats obtenus.

Tous ces enfants présentent des troubles et des situations qui interfèrent. Cependant, pour la clarté de l'exposé, nous diviserons ceux-ci en quatre groupes.

A - Enfants présentant des troubles graves du développement de la personnalité liés à une instabilité permanente du foyer familial.

B - Enfants ayant une manifestation réactionnelle à un conflit familial aigu.

C - Enfants déficients physiques n'ayant connu que la vie d'hôpital et atteints de formes graves d'hospitalisme.

D - Enfants assistés.

II - Les moyens mis en œuvre :

Nous distinguerons :

— les méthodes passives, dont l'enfant bénéficiera suivant ses propres besoins, c'est-à-dire essentiellement, l'étude du climat affectif et l'organisation de la maison ;

— les méthodes actives :

la psychothérapie,

les classes de perfectionnement.

III - Les améliorations souhaitables :

— à l'intérieur de l'établissement,

— dans les conditions administratives d'admission et de recrutement des enfants.

I - *LES CAS ET LES RESULTATS OBTENUS*

A - *Enfants présentant des troubles graves du développement de la personnalité liés à une instabilité permanente du foyer familial.*

Les enfants de ce groupe n'ont jamais connu de foyer familial stable, que ce soit pour une cause de dissociation familiale (mère non mariée, abandonnée, parents séparés, unions successives) ou par manque de logement dans une famille nombreuse. Ces enfants ont été le plus souvent placés très jeunes en nourrice, ce qui ne les a pas empêché de connaître plusieurs transferts pour des raisons multiples : versatilité des parents qui reprennent leur enfant pour le déposer quelques semaines plus tard chez une autre nourrice, maladie grave nécessitant une hospitalisation, refus de la nourrice de s'occuper d'un enfant rendu exigeant, capricieux et agressif par de multiples changements. Repris temporairement par leur famille, ils n'ont reçu le plus souvent que des soins maternels médiocres.

Toutes ces tribulations font que ces enfants n'ont jamais connu une figure maternelle permanente, que ce soit celle de la mère naturelle ou d'une mère nourrice.

Notre but n'est pas d'étudier la carence de soins maternels par ailleurs décrite par Mme Jenny Aubry dans son livre : « La carence de soins maternels ». Rappelons cependant que les facteurs qui semblent jouer un rôle prépondérant dans la production de troubles psychiques sont :

— la qualité des soins maternels avant la séparation. Un enfant ayant reçu des soins chaleureux de la part de sa mère semble mieux résister à une séparation ;

— l'âge de la séparation. Les troubles les plus graves se voient chez les enfants âgés de moins de trois ans.

— le nombre et la nature des changements subis. Il semble qu'il existe une véritable sensibilisation au changement, l'enfant s'adaptant chaque fois plus difficilement à une nouvelle situation.

On conçoit donc les déficiences et les anomalies du développement psychique des enfants arrivant à Hendaye ayant subi dans leur petite enfance d'innombrables changements et n'ayant reçu

de leur famille que des soins médiocres, peu d'affection et en tout cas jamais de sécurité ni de stabilité.

Ces enfants ont un grand retard affectif qui leur crée une personnalité infantile et dysharmonieuse, d'autant plus qu'il s'y ajoute très souvent un retard de langage. Ils sont instables, violents et agressifs mais témoignent d'un immense besoin d'affection. Ils ne peuvent établir avec l'adulte des rapports normaux qui sont nécessaires à l'épanouissement et au développement de l'enfant. Leur retard scolaire est important, il est dû en particulier à une incapacité d'abstraction et de compréhension des idées générales.

On pourrait craindre qu'un nouveau changement et un placement en collectivité n'entraîne un arrêt ou une nouvelle régression de leur développement intellectuel et que leur attitude d'opposition ne soit inchangée. Il n'en est rien. Les observations suivantes montrent le rôle des traumatismes affectifs sur le développement de l'enfant et le bienfait d'un climat affectif favorable.

CAS 1 - Le cas de MICHEL F...

Histoire et antécédents.

La mère de Michel a eu elle-même une enfance malheureuse. Orpheline à l'âge de 12 ans, elle a été élevée dans un couvent, puis placée comme bonne à tout faire. Michel est né de père inconnu puis quatre frères et sœurs sont nés par la suite, portant tous des noms différents.

Michel, rejeté par sa mère, qui par ailleurs semble attachée à ses autres enfants, est placé en nourrice à l'âge de 3 ans. Un cycle infernal commence alors pour lui et il connaîtra neuf changements en l'espace de six ans. Michel est repris par sa mère pour de courts séjours, mais il se montre alors extrêmement difficile, jaloux de ses frères et sœurs envers lesquels il est agressif et violent.

A son arrivée à Hendaye.

Michel a 9 ans et demi.

Au test de Terman l'âge mental est de 8 ans.

Il manifeste un très grand retard affectif. Son retard de langage est important et il emploie des expressions bébé qui abaissent son Q.I. (Q.I. : 81). C'est un enfant anxieux, difficile à mettre en confiance, extrêmement instable. Cependant, très affectueux et sensible, il recherche compliments et gentillesse. Par contre il est jaloux et sournois avec ses camarades. Il a un grand retard scolaire. La mémoire est nulle, le jugement et la compréhension sont de son âge. Il réclame sa mère et s'inquiète de savoir s'il retournera chez lui. Il semble donc que cet enfant ait besoin avant tout d'un foyer et d'attentions particulières.

Evolution.

Michel est un cas particulièrement défavorable. Cet enfant a subi trop de traumatismes affectifs pour que l'on puisse espérer des

résultats spectaculaires. La période d'adaptation est longue pour cet enfant instable, triste et méfiant. Pendant tout son séjour, son sommeil est agité et il réclame la lumière et la présence d'une infirmière auprès de lui pour s'endormir. Il s'attache fortement au personnel, cherchant toujours à retenir l'attention, inventant même des persécutions imaginaires pour qu'on s'occupe de lui. Il ne s'intéresse à aucun travail scolaire et de plus est dyslexique.

Une action est tentée auprès de la mère pour qu'elle écrive à son fils et qu'elle consente à le reprendre auprès d'elle à la sortie d'Hendaye. Un lien affectif se rétablit ainsi tant bien que mal, grâce surtout au personnel qui donne de fréquentes nouvelles de sa mère à Michel et lui en parle comme si elle se préoccupait véritablement de lui.

Ce n'est que dix mois après son arrivée que Michel fait quelques progrès en lecture.

Après un séjour d'un an, Michel est repris par sa mère. Nous avons l'occasion de le revoir chez lui et de parler à son institutrice six mois après son retour à Paris. Michel s'est bien intégré à son foyer, se montrant affectueux et serviable, ne manifestant aucune jalousie vis-à-vis de ses frères et sœurs. Il est en classe de perfectionnement et son institutrice est contente de lui.

En conclusion, Michel dont le développement psycho-affectif a été gravement perturbé par la séparation maternelle et de multiples changements est pendant son séjour un enfant anxieux et préoccupé par son problème familial. Cependant, bien que placé dans un hôpital d'enfants, il trouve à Hendaye un climat affectif favorable qui lui permet de sortir de son attitude de méfiance et d'opposition et de faire quelques acquisitions et quelques progrès scolaires. Mais surtout, pour la première fois, le retour au foyer de Michel s'est passé sans incident. Son hostilité primitive envers ses frères et sœurs a disparu et il s'est rapidement adapté au milieu scolaire.

CAS 2 - Le cas de MALIKA D...

Histoire et antécédents.

Ses parents non mariés sont séparés ; les quatre enfants dont Malika sont reconnus par le père. La mère est ouvrière d'usine et essaye toujours de placer ses enfants en particulier Malika qui serait jalouse et difficile. Depuis sa naissance, Malika a toujours été séparée de sa mère. Elle ne suit absolument pas le cours préparatoire.

A son arrivée à Hendaye.

Malika a 7 ans et demi ;
Au test de Terman l'âge mental est de 6 ans ;
Le Q.I. de 82.

Pendant l'observation psychologique, l'enfant parle sans arrêt d'un air anxieux, racontant pêle-mêle sa vie chez elle, à l'école, en nourrice, mêlant le passé au présent, pleurant brusquement en réclamant sa mère. Elle présente un retard affectif et de langage. L'enfant est anxieuse, hyperémotive, tour à tour opposante ou très affecteuse ; son visage n'est jamais détendu ni souriant.

Comme Michel, Malika a un développement psycho-affectif perturbé et a besoin d'un climat affectif chaleureux.

Evolution.

Pendant son séjour en lazaret, Malika garde un visage anxieux et une attitude craintive. Très affectueuse, elle commence cependant à s'attacher à quelques membres du personnel. Trois mois après son arrivée, Malika est bien adaptée dans sa division et son comportement est transformé d'une façon spectaculaire. On reconnaît difficilement dans cette petite fille au visage souriant et à l'air heureux, le petit être traqué et angoissé qui refusait toute tentative d'approche lors de son arrivée. Après six mois de séjour, un nouveau test est pratiqué :

Raisonnement normal ;

Q.I. 86 ;

Très important changement de comportement : l'enfant parle, rit, joue, raisonne normalement, est très affectueuse et sociale.

Après son retour à Paris, la mère de Malika nous a fait part de son heureuse surprise en retrouvant sa fille dont les troubles du comportement à la maison avaient disparu. Une lettre de son Assistante Sociale nous confirmait la bonne adaptation familiale et scolaire.

Madame D... travaillant en dehors de chez elle toute la journée ne pouvait garder sa fille. La demande de placement dans un établissement spécialisé qui avait été déposée avant le séjour de Malika à Hendaye a été annulée par suite des résultats obtenus. Un placement familial a donné d'excellents résultats. Nul doute que le placement d'emblée dans un établissement spécialisé aurait eu de toute autre conséquence sur la psychisme de Malika.

CAS 3 - Le cas de PATRICIA L...

Histoire.

On a peu de renseignements sur les antécédents de Patricia. Ses parents sont divorcés. Elle a été placée en nourrice à l'âge de un mois jusqu'à 4 ans, sans que l'on sache s'il s'agit de la même nourrice pendant toute cette période.

Deux hospitalisations en 57 et 58 pour fracture et brûlures.

Patricia n'a marché qu'à 2 ans.

Elle arrive à Hendaye le 30 novembre 58 à 4 ans 4 mois.

Elle présente un important retard staturo-pondéral. C'est une enfant inquiète, anxieuse, qui pleurniche souvent. Elle est sournoise avec les autres enfants, les griffe, les taquine, puis se met à pleurer. Elle manque d'appétit.

Le test n'est pratiqué que le 5 février 59 ;

Age réel : 4 ans 7 mois ;

Age mental : 3 ans ;

Q.I. : 65.

« Important retard psychomoteur et de langage. Raisonnement et compréhension de 3 ans. »

Patricia a malheureusement été changée deux fois de pavillon avant d'être placée dans la division correspondant à son âge, où règne une ambiance particulièrement chaleureuse. Très exclusive et affectueuse, Patricia est cajolée par les infirmières. Elle se montre

peu à peu moins jalouse des autres enfants, moins capricieuse et plus gaie. Son appétit s'améliore ainsi que son état général.

Elle part le 24 avril 59 après un séjour de cinq mois.

Le test de départ témoigne des progrès réalisés :

Age réel : 4 ans 10 mois ;

Age mental : 3 ans 5 mois ;

Q.I. : 70.

Voici donc une enfant qui, en deux mois, a acquis cinq mois d'âge mental. Son langage est très amélioré ainsi que son comportement.

En conclusion, malgré un séjour très court, Patricia s'est épanouie et a fait de gros progrès sur tous les plans.

CAS 4 - Le cas de MICHEL D...

Antécédents.

L'histoire de Michel est particulièrement navrante : le père est éthylique, la mère a abandonné à plusieurs reprises le foyer et a disparu définitivement depuis deux ans. Le père vit avec une amie éthylique. Tous trois habitent un taudis de 3 pièces chez une vieille dame atteinte de troubles mentaux. Michel a perdu 2 frères et 1 sœur.

A 11 ans, il ne sait ni lire, ni écrire, l'absentéïsme scolaire est total.

Il est adressé à Hendaye en attendant que la déchéance de ses parents soit prononcée par le tribunal.

A son arrivée à Hendaye en avril 1959, Michel a 11 ans 2 mois ;

L'âge mental est de 6 ans 8 mois ;

Q.I. : 60.

Résultat du test : « enfant très méfiant, renfermé, paraît peu sociable, sans agressivité. Gros retard scolaire. L'attitude d'opposition abaisse peut-être son Q.I. Adroit, aime les occupations manuelles. Compréhension de 8 à 9 ans. Raisonnement de 8 ans. Mémoire insuffisante. Paraît améliorable. »

Michel n'a pas un faciés ni une attitude d'arriéré. Lorsqu'on s'approche de lui, il se tourne vers le mur et ne vous regarde pas. Il donne l'impression de dresser volontairement un mur entre lui et les personnes qui l'entourent. Il ne se mêle pas aux autres enfants, reste seul, inoccupé ou joue avec une ficelle. Toute marque d'attention du personnel l'ennuie et l'importune, il ne parle ni ne sourit. Il évite la classe et lorsqu'il y assiste, c'est d'un air absent et ennuyé, faisant tout autre chose que ce qu'on lui demande, sans être bavard ni agité.

Michel est un enfant peu sociable, qui ne s'intéresse à rien, méfiant, renfermé, il adopte une attitude d'opposition passive.

Evolution.

Elle est décevante pendant les six premiers mois du séjour de Michel. Son comportement est inchangé, il conserve le même mutisme, affiche la même indifférence, repousse par son attitude toute marque d'affection, ne s'intéresse à rien et refuse de lire.

Son instituteur, cependant, remarque qu'il est très humilié de son retard vis-à-vis des autres enfants. Il décide de lui donner des petits cours particuliers. Cette décision modifie toute l'attitude de Michel. N'ayant plus à redouter les moqueries de ses camarades, il commence à lire, à compter, saisit le mécanisme de la division et déchiffre ses problèmes. Si son attitude est inchangée vis-à-vis de la majorité du personnel, il se détend et s'anime en compagnie de son instituteur. Il accepte de participer aux jeux collectifs. Il fait du sport. On lui donne des responsabilités : il s'occupe des plus jeunes, dirige des jeux. Michel accepte peu à peu la vie en commun, son visage se détend, il semble plus heureux.

Après un an de séjour son Q.I. est passé de 60 à 70. Son niveau est celui d'un cours élémentaire.

Nous ne pouvons malheureusement obtenir une prolongation de séjour et Michel part avant que le jugement du tribunal sur sa situation familiale soit rendu. On obtient un bon placement dans le pays basque et ce changement n'a pas eu les conséquences que nous craignions sur son attitude et ses acquisitions scolaires. Michel s'est bien adapté et nous en avons des nouvelles satisfaisantes.

En conclusion, Michel n'a connu ni affection, ni stabilité. Le monde des adultes ne lui a apporté que des déceptions. Très susceptible, il est conscient de sa maladresse et de son ignorance vis-à-vis des autres enfants et redoute leur moquerie. Il met en œuvre des mécanismes de défense à base de négation : ils expliquent l'absence de relations humaines, l'apparente indifférence, le manque de manifestations.

Ce n'est que lorsque Michel s'attache à son instituteur et fait quelques progrès scolaires que son comportement se modifie ; son séjour à Hendaye lui a permis de sortir de son retranchement qui aurait pu avoir de graves conséquences sur son psychisme s'il s'était prolongé.

B - *Enfants ayant une manifestation réactionnelle à un conflit familial aigu.*

Les conséquences que peut avoir un conflit familial sur le comportement d'un enfant sont trop connues pour que nous en parlions. Il nous semble cependant intéressant de rappeler que si la cause en est le plus souvent évidente : désaccord des parents, divorce, remariage de l'un d'entre eux, il existe assez souvent des conflits cachés dont les parents n'ont pas toujours conscience. Ils s'inquiètent de voir leur enfant changer de comportement, devenir opposant, agressif, irritable et se plaignent surtout des mauvais résultats scolaires qui ne manquent pas d'accompagner ce tableau.

Les observations que nous avons faites sur plusieurs de ces enfants pendant leur séjour à l'Etablissement Hélio-marin, montrent combien la coupure d'avec leur milieu familial leur est salutaire. Vivant au milieu d'enfants de leur âge, ils oublient peu à peu leurs préoccupations familiales et leur anxiété.

Ce séjour devrait également permettre aux familles, en leur donnant un délai de réflexion, de prendre conscience de leur responsabilité et de tenter d'atténuer les causes du conflit. Ceci n'est malheureusement pas toujours réalisable. Dans ce cas, une solution pour l'avenir de l'enfant peut être envisagée dans les meilleures conditions.

Voici quelques observations qui illustrent ces propos.

CAS 1 - Le cas d'ALFRED L...

Histoire.

Alfred arrive à l'Etablissement sans fiche sociale ; on ne possède aucun renseignement sur sa famille. C'est un garçon sympathique au regard vif et intelligent. Cependant son comportement dans la division ne correspond pas à cette impression et un test psychologique est demandé.

Alfred est testé le 11 janvier 1960.

Age réel : 10 ans 10 mois.

Age mental : 9 ans.

Q.I. : 83.

« Enfant instable et retardé scolaire. Résultats dispersés. Attention difficile. Troubles caractériels entravant sa scolarité. Enfant sensible, émotif, affectueux, mais agité, instable et agressif. »

Notre psychologue concluait ainsi :

« Cette agressivité paraît conditionnée par un conflit familial (avec une belle-mère ?). Il serait intéressant d'avoir des renseignements à ce sujet. »

Les renseignements demandés confirment ce conflit entre Alfred et sa belle-mère.

Evolution.

Alfred reste huit mois à l'Etablissement. Son comportement s'améliore progressivement : agressivité et instabilité disparaissent ; il fait des progrès scolaires, sans cependant rattraper son retard. Il reste émotif et recherche constamment des témoignages d'affection.

A son départ : le 31 août 1960.

Le Q.I. est passé de 83 à 90.

« Enfant stabilisé, des progrès intéressants. Comportement très amélioré. Les troubles caractériels étaient réactionnels au milieu.

A sa sortie de l'Etablissement, Alfred dont la situation familiale est inchangée est pensionnaire dans une Ecole Nationale de perfectionnement.

En conclusion, le séjour à l'Etablissement Hélio-Marin a permis un dénouement rapide du conflit qui a entraîné la disparition des troubles caractériels. Les progrès réalisés ont permis à Alfred d'accéder à une Ecole de perfectionnement.

CAS 2 . Le cas de GUY D...

Histoire.

Guy est adressé par le service de Sauvegarde de l'Enfance. La fiche d'enquête nous signale seulement un surpeuplement : 9 personnes dans deux pièces.

Guy n'a pas l'aspect d'un enfant arriéré. Il est doux, souriant, mais à 7 ans et demi, il parle peu et mal et son regard à une fixité anormale.

Premier test le 22 février 1960.

Age réel : 7 ans 6 mois ;

Age mental : 4 ans 4 mois ;

Q.I. : 57.

« Très important retard psychomoteur qui paraît surtout avoir une origine affective. L'enfant est inhibé, très imaginatif, très émotif, hypersensible, anxieux, timide et méfiant avec l'adulte, parfois agressif avec ses camarades, il parle mal et son développement psychomoteur paraît stoppé, mais l'enfant n'a pas l'aspect d'un arriéré. Il semble redouter le retour dans sa famille. Pas de renseignements sur les conditions de vie, mais l'enfant raconte des histoires qui, si elles sont imaginaires, dénotent un psychisme alarmant. »

Nous apprendrons plus tard que Guy est logé dans un immeuble habité en grande partie par des musulmans, où des rixes nombreuses entraînent presque chaque nuit l'intervention de Police-Secours. D'autre part, son père est extrêmement violent, surtout à son égard et le bat à coups de canne. Guy vit ainsi dans un climat continuel de terreur.

Evolution.

Guy est particulièrement entouré pendant son séjour. Il est placé à l'infirmerie où le nombre restreint d'enfants permet au personnel de prêter une grande attention à chacun d'eux.

Deuxième test le 5 juillet 1960.

Q.I. : 64.

« Des progrès intéressants, mais encore beaucoup de retard. Très bien adapté, a perdu son attitude du début : manie de prendre tous les jouets de ses camarades, méfiance, Mais reste émotif, anxieux. A besoin d'être très entouré. »

Troisième test le 8 novembre 1960.

Q.I. : 66.

« Encore un progrès, commence à s'intéresser à l'école. Quelques petites acquisitions, psychisme amélioré, reste cependant timide. »

Quatrième test le 13 décembre 1960.

Test de départ.

« L'enfant en apprenant son départ a paru très ému et subitement a raconté textuellement les mêmes histoires qu'à son arrivée en janvier. »

En conclusion, Guy, éloigné de son milieu familial, trouve un climat favorable à l'Etablissement Hélio-Marin, pour oublier ses motifs de terreur et ses histoires morbides. Son psychisme s'améliore et son Q.I. passe de 57 à 67 en huit mois.

CAS 3 - Le cas d'ALAIN L...

Histoire.

Les parents d'Alain viennent de divorcer. Sa mère qui habite chez ses parents ne peut s'occuper de son fils en raison de l'exiguité du logement. Alain est élevé par son père. Le comportement de cet enfant qui est très attaché à ses parents, devient tellement anormal que son père se décide à consulter un service de neuropsychiatrie. Alain est mis en observation et le diagnostic de schizophrénie est posé. Ce diagnostic n'est cependant pas retenu et Alain nous est adressé le 12 janvier 1960.

Au cours de la visite médicale d'entrée on est frappé par l'air absent d'Alain dont les yeux ne semblent rien voir. Il se laisse examiner sans manifester ni intérêt, ni impatience et exécute avec retard les ordres. Il est testé le 16 janvier.

Age réel : 7 ans 5 mois ;

Age mental : 6 ans 1 mois ;

Q.I. : 81.

« L'enfant n'est pas très instable, il s'agit plutôt d'inattention, de distraction, il répond n'importe quoi, sans réfléchir, sans attendre la fin des questions, ou bien ne répond pas car il pensait à autre chose. De ce fait, la mémoire est faible, le niveau psycho-intellectuel est celui d'un enfant de 6 ans. Gros retard scolaire mais bon comportement avec ses camarades, pas d'agressivité. Si l'enfant n'obéit pas il ne s'agit pas d'opposition, mais de distraction, en général, il n'a pas entendu ce qui lui a été demandé. »

Evolution.

La période d'adaptation est assez longue. Alain est d'une passivité totale ou s'isole volontairement, puis, peu à peu, il se mêle aux enfants de son âge et aux activités de groupe. Pendant les derniers mois de son séjour (qui correspondent aux vacances scolaires) il se conduit très normalement.

Il est placé à sa sortie d'Hendaye au Foyer de Soulins ; son adaptation extrêmement rapide a étonné la directrice et le psychologue de cette maison et il a pu commencer son année scolaire dans de bonnes conditions.

CAS 5 - Le cas de JEAN F...

Histoire.

Il s'agit là encore d'un cas de divorce. La mère de Jean est remariée, mais le beau-père a très mal accepté cet enfant. Il existe une mésentente entre Jean et ses parents, aggravée par de grandes difficultés scolaires.

A son arrivée à Hendaye le 12 décembre 1961,

Jean a 13 ans et demi.

Q.I. : 98.

C'est un enfant extrêmement captatif, faisant preuve d'un psychisme puéril. Voulant rendre service, il en fait souvent « trop ». Il refuse tout travail, qu'il soit manuel ou intellectuel.

Un test projectif met en évidence une agressivité dirigée contre

sa mère, à laquelle il est très attaché. Il est suivi en psychothérapie.

Deux mois après son arrivée, Jean a une attitude plus normale. Il s'est rapidement adapté, s'occupe des plus jeunes, joue volontiers « au chef ».

Malgré de grosses difficultés (dysorthographie) il s'intéresse au travail scolaire. Devant ce résultat positif, une prolongation de séjour a été demandée. Elle va permettre à Jean de passer son Certificat d'Etudes à Hendaye et d'obtenir ainsi un placement en internat professionnel.

CAS 6 - Le cas d'ANDRE T...

L'observation d'André nous semble particulièrement intéressante car elle illustre ce que nous nous sommes proposées de montrer : d'une part, les services que peut rendre l'Etablissement, en permettant une séparation familiale rapide, indispensable dans un cas de conflit aigu, et une mise en observation de l'enfant pour découvrir la nature exacte de ce conflit ; elle montre d'autre part qu'un long temps est nécessaire pour obtenir un résultat appréciable.

Histoire.

La mère d'André a abandonné le foyer conjugal alors que l'enfant était âgé de 10 mois. André a donc été placé en nourrice jusqu'à 2 ans et demi. Son père s'étant remarié, il a été repris par ses parents à l'âge de 3 ans. La belle-mère a tout de suite bien accueilli l'enfant et s'en est occupée avec beaucoup d'affection et de dévouement. Deux autres garçons sont nés par la suite, le dernier ayant actuellement 3 ans.

Les parents n'ont jamais révélé à André sa véritable filiation ; Madame T... est très troublée par cette fausse situation qu'elle redoute d'éclaircir ; Monsieur T... comprend beaucoup moins bien ces problèmes psychoaffectifs.

L'enfant a été amené pour la première fois en 1958 en consultation de neuropsychiatrie infantile dans le service de Monsieur Clément Launay parce qu'il présentait de gros troubles du comportement à la maison : opposition — mensonges — chapardages et de grosses difficultés d'adaptation scolaire, alors que le Q.I. était de 108.

Une séparation étant indispensable, André fut envoyé à Hendaye en février 1958, après une mise en observation de 15 jours dans le service du Docteur Launay pendant lesquels il s'était montré de contact très difficile et sans que le problème familial ne soit abordé.

Evolution.

Premier séjour d'André : février à septembre 1958.

Il a 8 ans et demi.

Q.I. : 108.

L'enfant se montre, dès son arrivée, agressif, opposant et très têtu. De contact difficile, il s'adapte mal au Lazaret, prend un air buté et boudeur ou joue les révoltés. Pendant les premières séances de psychothérapie, il peint en choisissant des couleurs violentes et en gardant un visage fermé. Par la suite, il se détend, commence

à parler spontanément de « sa mère » qui est gentille — et du bébé (il se montre très réticent sur ce chapitre). Il devient peu à peu plus affectueux et plus souriant. Son passage en division s'effectue sans histoire : tout d'abord renfermé et silencieux, il participe peu à peu à la vie de groupe et ne manifeste aucun trouble caractériel.

Il est testé 6 mois après son arrivée en août 1958.

Q.I. : 112.

« Caractère volontaire, émotif et sensible, exclusif, renfermé, souhaite et redoute à la fois le retour au foyer. »

André repart en septembre. Son opposition a rapidement cédé, mais il n'a jamais abordé son problème familial. Dans les différentes séances de psychothérapie, il n'y a jamais eu aucune « projection » réelle.

Il s'est d'abord bien comporté chez lui, mais malgré le bon niveau intellectuel, les difficultés scolaires ont persisté, puis de nouveau les troubles du comportement ont réapparu.

André, qui est sensé ignorer l'abandon de sa mère, est-il au courant de sa véritable situation ? S'agit-il d'une opposition paternelle, d'une jalousie fraternelle ? C'est pour tenter de dénouer ce problème qu'on renvoie André à Hendaye en septembre 1961.

Son adaptation est alors très rapide. Il se montre ouvert, et semble heureux d'être revenu. Mais surtout, pour la première fois, on obtient un résultat aux tests projectifs. André a réclamé « sa mère » et manifesté une opposition paternelle et une jalousie fraternelle intenses.

Parallèlement une amélioration très nette sur le plan scolaire a été notée.

Le dernier Q.I. est de 112.

Devant ces résultats fort encourageants, le séjour d'André a été prolongé. Il est suivi en psychothérapie et poursuit une scolarité normale.

C - *Enfants déficients physiques, n'ayant connu que la vie d'hôpital et atteints de forme grave d'hospitalisme.*

Certaines maladies nécessitent des soins constants et de longue durée qui ne peuvent être dispensés qu'en milieu hospitalier. C'est ainsi que l'Etablissement Hélio-marin reçoit des enfants âgés de trois ou quatre ans qui sont hospitalisés depuis leur première année pour une poliomyélite.

Ces enfants qui ont été privés totalement d'une présence maternelle et de soins individualisés, présentent un arrêt ou un retard de développement qui donne parfois l'impression d'une arriération grave. La gravité et la réversibilité de ces troubles dépendent d'une quantité de facteurs personnels : âge et degré de maturation affective au moment de l'hospitalisation, qualité des soins affectifs de substitution pendant celle-ci...

Quoiqu'il en soit, certaines caractéristiques du comportement

se retrouvent chez tous les enfants. L'immobilité de leur visage frappe tout d'abord, aucune mimique ne vient traduire un sentiment triste ou gai. Leur intérêt et leur curiosité semblent complètement éteints, faisant place à une totale indifférence. Ils ont un grand retard de langage et leur vocabulaire est extrêmement pauvre. Coupés depuis leur maladie de toute vie extérieure, ils n'ont aucune notion du réel d'autant qu'ils refusent tout contact pour retomber dans leur amorphisme. Reprenant une expression de Mme Aubry, ils sont « comme une coquille de noix vide, qu'il est impossible de remplir car elle est fermée de tous côtés ».

Ces enfants arrivent à Hendaye pour poursuivre leur rééducation. Nous avons parlé précédemment de l'organisation du service des poliomyélitiques et du climat affectif qui y règne.

Nous nous attacherons uniquement dans ce chapitre à montrer par quelques observations comment ces enfants sortent de leur amorphisme et acquièrent une personnalité pendant leur séjour.

CAS 1 - Le cas de SERGE F...

Histoire.

Serge naît en mars 1956.

Il contacte la poliomyélite à l'âge de 7 mois.

Il entre dans le service de rééducation de l'hôpital de Garches en octobre 1957 puis arrive à Hendaye en avril 59.

Il est en relation constante avec ses parents qui s'occupent beaucoup de lui et a fait plusieurs séjours dans son foyer.

A son arrivée en avril 1959, Serge a trois ans.

Le premier contact est extrêmement difficile. Serge se montre craintif, opposant, il semble ne pas comprendre les questions qu'on lui pose et ne sort pas de son mutisme.

Il s'apprivoise cependant avec notre psychologue qui peut pratiquer un test. L'attention est difficile à capter et à retenir. Le vocabulaire est insuffisant. Le retard affectif important. Quand il est en climat de confiance, il se montre gai, affectueux, mais reste instable, capricieux et émotif.

Le Q.I. est de 77.

Serge va s'adapter rapidement dans son pavillon. Il s'attache à son infirmière, fréquente le jardin d'enfants.

Un test comparatif est fait en octobre 59. Le comportement social de Serge s'est beaucoup amélioré. Toujours très sensible et craintif, il se comporte très bien dans son milieu habituel. L'attention est plus soutenue, un progrès sensible est noté en vocabulaire. La compréhension est de 3 ans.

Le Q.I. est de 83.

Un an après son arrivée, Serge est de nouveau testé.

Le Q.I. est de 91.

« Beaucoup de progrès. Attentif et beaucoup plus adroit, compréhension de 3 ans et demi. Très gentil enfant, doux, sensible et très affectueux. »

En conclusion, malgré l'attitude initiale, l'épanouissement de Serge a été rapide. Il est probable que ce résultat a été facilité par le « capital affectif » que lui avaient donné ses parents avant ses hospitalisations successives. Il a pu, malgré un séjour d'un an dans un établissement hospitalier, grâce à ses infirmières, rééducateur et jardinière d'enfants, améliorer son Q.I. qui est passé de 77 à 91.

CAS 2 - Le cas de PATRICK B...

Histoire.

Patrick nait en juillet 1953.

Il fait une poliomyélite dès l'âge de un mois.

Hospitalisé tout d'abord à la Maternité de Saint-Louis, il est ensuite admis à l'hôpital de Garches à l'âge de 20 mois. Il y reste de façon permanente, sa famille se désintéressant de lui.

Le Centre de Garches signale à cette époque un retard de développement considérable. Patrick pèse 7 kg 800 à 22 mois et présente des signes importants de rachitisme.

Patrick arrive à l'Etablissement Hélio-Marin en avril 1956 à l'âge de 2 ans et demi.

A son arrivée.

Il est impossible de le tester. Patrick ne parle ni ne jargonne. Extrêmement agité, il ne s'intéresse à aucun objet et se contente de crier dès qu'on l'approche.

Evolution.

On ne pourra tester Patrick qu'un an et demi après son arrivée.

Au cours des premiers mois, son comportement reste le même. Toujours instable, anxieux, il fait cependant quelques progrès de langage.

Puis, un an après son arrivée, il s'attache fortement à une infirmière de son pavillon. Ses progrès sont alors brusques et son comportement se modifie. Il devient gai. Son vocabulaire s'étend, il témoigne d'une intelligence vive.

Patrick est testé en février 55 à 4 ans et demi.

Son Q.I. est de 100.

« Le test montre un enfant normal, vif, intelligent, n'a plus de retard affectif. Bon vocabulaire. Ses lacunes sont inévitables et dues uniquement à un manque d'activité motrice. Enfant heureux, turbulent et volontaire. Affectivité normale. »

Patrick fait deux courts passages dans sa famille, mais poursuit son séjour à l'Etablissement.

Il ne donne aucune difficulté sur le plan affectif bien qu'il soit nerveux, têtu, opposant pour tout ce qui lui déplait.

Par contre, il a du mal à s'adapter à l'enseignement primaire. Il ne s'intéresse qu'à des jeux, où il peut participer activement (puzzles, cubes de Kohs) mais son attention est difficile à fixer dans tout effort intellectuel, bien qu'il ait une compréhension normale et un bon raisonnement.

En conclusion, Patrick a été privé au cours de ses deux pre-

mières années de soins maternels. Son comportement est tout à fait anormal à son arrivée à l'Etablissement ; il est intestable et on ne peut lui attribuer de quotient de développement. Il faudra plus d'une année pour que Patrick sorte de son néant et acquière une structure psychique ; ses progrès coïncident avec le moment où il s'attache fortement à une infirmière. Depuis lors son évolution affective est satisfaisante, par contre son développement intellectuel est plus lent. Quoiqu'il en soit les résultats obtenus sont inespérés étant donné son état mental à l'arrivée.

CAS 3 - Le cas de FRANÇOISE D...

Histoire.

Françoise nait le 16 juillet 1956 à 6 mois et demi. Elle pèse 1 kg 480 et mesure 40 cm. Elle présente une réaction de Bordet Wassermann positive. Après traitement, les réactions se négativent en décembre 1956.

Depuis sa naissance, Françoise connaît des hospitalisations successives pour des infections multiples (staphylococcie pleuro-pulmonaire - otites à répétition). Elle contracte la poliomyélite en novembre 1958 à l'âge de 14 mois. Elle est hospitalisée à Garches puis arrive à Hendaye le 20 juillet 1959 à l'âge de 3 ans.

Etat à l'arrivée à l'Etablissement.

L'aspect de Françoise est minable ; elle pèse 8 kg 400 à 3 ans. Elle présente des otites successives qui nécessitent des paracentèses multiples.

Il est impossible de la tester. Dès qu'on l'approche Françoise pleure ; elle hurle dès qu'on la touche. Elle casse, jette et déchire le matériel. Ses performances sont celles d'un enfant de 18 à 20 mois soit un quotient de développement de 50.

Evolution.

Au cours de la première année de son séjour, Françoise s'anime progressivement et s'attache à ses infirmières. Mais elle prend un air morose et indifférent dès qu'une personne étrangère entre dans sa chambre ; elle entre dans de violentes colères dès que l'on touche à ses jouets. Cette année est entrecoupée d'épisodes fébriles essentiellement rhinopharyngés.

Elle est testée en mars 60 (6 mois après son arrivée).

Q.I. : 57.

« Enfant gauchère, très nerveuse et instable, mais qui a perdu son attitude de crainte et d'opposition constante ; gros progrès sur le plan caractère, quoique amélioré, le langage est encore très insuffisant. L'enfant arrive à se fixer quelques minutes sur le même travail. La compréhension est de 2 ans et demi. »

Pendant la deuxième année, Françoise élargit peu à peu ses relations ; elle s'attache à son rééducateur, fréquente le jardin d'enfants, fait connaissance avec l'infirmerie. Son état physique s'améliore bien que ce soit toujours une petite fille très frêle. Son visage est transformé et a perdu son aspect grimaçant. Elle est gaie, docile et très affectueuse. Cependant ses moyens restent limités, ses acquisitions scolaires se réduisent à une bonne exécution des exercices sensoriels. Le dernier quotient de février 1961 atteint 61.

Françoise comme Patrick a un long passé d'hospitalisme. Elle donne à son arrivée l'impression d'une enfant atteinte d'arriération constitutionnelle et on lui attribue un quotient de développement de 50. Refusant tout d'abord avec une hostilité mêlée d'angoisse tout contact humain, elle supporte progressivement, puis recherche l'attention et l'affection d'un cercle de personnes qui s'élargit peu à peu. Françoise malgré toutes les vicissitudes subies, réussit à sortir de son néant et à s'intégrer. Elle reste cependant un peu débile intellectuelle.

CAS 4 - Le cas de PASCALE C...

Terminons par le cas le plus frappant, celui de « l'enfant de la maison », la petite Pascale. Plus que tout autre, il montre la réalité et la valeur du climat affectif de la maison qui a permis, malgré de gros troubles d'hospitalisme et un terrible handicap physique, de transformer un petit être végétatif en une petite fille consciente et dotée d'une personnalité.

Certes de longs mois ont été nécessaires pour que Pascale ait la compréhension d'une enfant de son âge, mais le temps n'est rien en regard du chemin parcouru.

Histoire.

Pascale nait le 31 juillet 1956. Elle présente une forme grave d'épidermolyse bulleuse congénitale accompagnée de malformations multiples : pieds bots, mains en griffe, doigts sans ongle.

Son état nécessite une hospitalisation permanente. Pascale n'a jamais eu de contact familial depuis sa naissance.

Etat à l'arrivée à l'Etablissement.

Pascale arrive le 9 juin 1959, âgée de 3 ans, venant de l'hôpital des Enfants-Malades.

Elle pèse 9 kgs 300. Elle a de multiples éléments bulleux disséminés sur tout le corps, la face, le cuir chevelu et qui lui interdisent tout port de vêtement.

On l'installe à l'infirmerie, dans une petite chambre contiguë au bureau de la surveillante et dont une des parois vitrée lui permet de voir les allées et venues du personnel.

Son aspect est impressionnant. Elle est allongée immobile sur le dos, entièrement dévêtue, dans un berceau à claire-voix. Elle ne peut ni s'asseoir, ni se tenir debout et ne se sert pas de ses mains. Elle semble totalement indifférente et ne répond aux sourires et aux paroles que par un regard inexpressif. Elle ne sourit ni ne parle, ne jargonne même pas. Elle accepte la nourriture sans manifester ni plaisir ni ennui. Seuls les soins lui arrachent quelques pleurs monotones.

Un essai de test ne donne rien de probant. Rien ne semble l'intéresser ; elle n'essaie même pas de saisir le matériel. On lui attribue toutefois un quotient de développement de un an environ.

Evolution.

La surveillante de l'infirmerie a eu un rôle déterminant dans l'éveil de la conscience de Pascale. Les progrès ont également été

conditionnés par la santé de l'enfant, une relative amélioration de l'état cutané ayant permis quelques acquisitions sur le plan moteur.

Le comportement de Pascale a évolué par plusieurs phases que nous résumerons de la manière suivante :

— premier séjour de Pascale à Hendaye : juin à octobre 1959.

Aucun progrès ne semble réalisé pendant ces quatre mois. Pour une personne étrangère au service, Pascale est telle que nous l'avons décrite à son arrivée. Pour la surveillante qui, de nombreuses fois par jour, entre dans sa chambre pour lui sourire et lui parler, et, malgré l'aspect de l'enfant, l'embrasser, de petits signes (regard expressif — mimiques) lui font penser que Pascale la reconnaît et l'accueille avec joie.

Mais une aggravation importante de l'état général de l'enfant nécessite un transfert à Paris.

— Pascale revient en décembre 1959, après une absence de trois mois.

Nous assistons à son arrivée. Elle ne semble pas reconnaître sa chambre, ni les visages qui l'entourent. C'est alors que la surveillante s'approche d'elle. Pascale la regarde et, après un temps très court, lui tend son menton, geste qui lui était auparavant familier pour réclamer un baiser : l'enfant a établi un lien affectif et trouvé un substitut maternel.

Dès lors les progrès de Pascale seront visibles même à ceux qui ne l'approchent qu'occasionnellement :

— expression : son visage s'anime. Son regard est devenu malicieux ou interrogateur. Elle sourit lorsqu'on tape aux vitres de sa chambre. Bientôt les jouets de bébé l'amusent ; elle joue avec eux dans son bain.

— langage — audition : elle commence à appeler chacun par son nom, puis elle nomme les objets qui l'entourent. Elle reconnaît la voix de chacun. Sa mémoire auditive est étonnante ;

— activités : elle est assise progressivement dans son lit puis dans une chaise de bébé. Elle est habillée et coiffée et prend une allure de petite fille. Elle apprend à manger seule ;

— en avril 1961, Pascale est une enfant gaie, qui parle et construit des phrases, chante et joue, s'intéresse au matériel en usage dans les écoles maternelles. On commence à la mettre debout dans un youpala ;

— actuellement Pascale est âgée de 5 ans et demi. Elle est depuis deux ans et demi à Hendaye. Malgré son double handicap physique et moteur et son long séjour en établissement hospitalier, tout le personnel tente d'en faire « une petite fille comme les autres » ;

— sur le plan moteur : Pascale a été chaussée et peut maintenant marcher en n'étant tenue que par une seule main. Mais son épiderme ne supportant aucune pression, il est malheureusement certain que les progrès dans ce domaine seront très lents ;

— sur le plan affectif : Pascal est très attachée à tout le personnel de l'infirmerie, mais en particulier à la surveillante. On commence à la traiter comme une enfant de son âge et non plus comme un bébé. C'est alors que Pascale affirme sa personnalité en se montrant parfois volontaire, têtue et même opposante ;

— sur le plan des connaissances : Pascale acquiert peu à peu, à l'aide d'images de vocabulaire, de lotos, de dominos d'association d'idées, d'objets usuels utilisés dans les familles, les bases essentielles

qui lui manquent pour atteindre un développement psychique normal. Des efforts personnels lui sont demandés. Cette éducation rencontre parfois une certaine opposition : c'est ainsi que le contrôle des sphincters qui était presque acquis marque actuellement une certaine régression.

En dehors de ses contacts avec la psychologue (qui n'a joué qu'un rôle d'éducatrice), Pascale n'a suivi aucun traitement spécialisé. Un lien affectif, des soins constants et attentifs, beaucoup de patience à laquelle s'ajoute maintenant une certaine fermeté ont sorti cette enfant de son état larvaire. Cette transformation est à peine croyable pour ceux qui ont connu Pascale à son arrivée en 1959 et qui la revoient maintenant.

D - *Enfants assistés.*

L'Assistance Publique envoie régulièrement quelques uns de ses enfants bénéficier d'une cure hélio-marine. Si ce séjour a les meilleures conséquences sur l'état général et la morphologie du petit « assisté » il en a également d'excellents sur son psychisme.

Dans une grande proportion des cas, en effet, l'enfant assisté présente des troubles de comportement. Ils sont la conséquence des traumatismes affectifs que l'enfant a pu subir lors de son abandon ou de placements nourriciers successifs et également de l'éducation qu'il reçoit.

Elevé par une nourrice qui ne comprend pas toujours les réactions complexes de cet enfant sensibilisé par ses antécédents, il continue à se retrancher du monde extérieur par des mécanismes de défense à base d'opposition passive et d'inhibition. Il peut souffrir vivement de l'illégalité de sa situation familiale, connue de tout le village et développer un complexe d'infériorité. Son vocabulaire est pauvre, car il a peu d'échanges ; son retard scolaire est souvent important, le travail des champs ayant parfois la priorité sur le travail scolaire.

Pendant son séjour à l'établissement Hélio-marin, le petit « assisté » va se libérer peu à peu de son complexe d'infériorité. Il vit au milieu d'enfants de son âge, qui ignorent sa situation familiale et le traitent en égal. Il découvre la camaraderie, le sport, les jeux de groupe. Il suit régulièrement la classe. A son départ, l'enfant a un test amélioré et un Q.I. supérieur à celui de l'arrivée, malgré des séjours volontairement courts, car moins que d'autres, ces enfants ne doivent rester trop longtemps éloignés du foyer familial que l'Assistance Publique a tenté de leur donner.

CAS 1 : Le cas de DALILA L...

Enfant de l'Agence de Saint-Pourçain ;
Age réel : 4 ans 11 mois ;

Test d'arrivée : 19 octobre 1959 ;

Age mental : 3 ans ;

Q.I. : 61.

« Enfant retardée, nerveuse, craintive, triste. Elle parle convenablement mais n'identifie pas les objets sur l'image. Elle est très affectueuse et semble surtout avoir besoin d'attention. »

Test de départ : 13 juin 1960 (séjour de 6 mois).

Q.I. : 71.

« Progrès à tous points de vue. Dalila est maintenant une petite fille gaie, sociable. Sa compréhension est de 4 à 5 ans, le vocabulaire est bon. »

CAS 2 - Le cas de MYRIAM O...

Enfant de l'Agence de Saint-Pourçain ;

Age réel : 4 ans 5 mois ;

Test d'arrivée : 6 décembre 1960 ;

Age mental : 3 ans 10 mois ;

Q.I. : 86.

« Enfant timide et craintive. Elle a un grand retard de langage. Très affectueuse. »

Test de départ : 6 juillet 1961 (séjour de 7 mois) ;

Q.I. : 96.

« Myriam a maintenant un niveau normal. Son langage est très amélioré, la compréhension est de son âge. »

CAS 3 -

Voici maintenant le cas de deux frères de l'Agence d'Alençon qui mérite de retenir l'attention, car si le plus jeune, Didier âgé de 7 ans ne présente aucun trouble caractériel et a un Q.I. à 97, son frère aîné par contre, Richard, âgé de 8 ans, a un Q.I. à 75. Son niveau est très inférieur à celui de son frère cadet et il a de gros troubles du comportement : instabilité, opposition, agressivité. Il présente un retard staturo-pondéral et est moins bien développé que son frère. Nous pensons que les deux enfants ont été abandonnés à la même époque ; alors que Didier tout bébé s'adaptait rapidement à sa nourrice, Richard, un an plus âgé, souffrait d'une carence maternelle qui devait retentir sur son développement physique et psychique.

Quoiqu'il en soit, Richard a fait quelques progrès pendant son séjour.

Test d'arrivée : 15 janvier 1960 ;

Q.I. : 75.

« Raisonnement et compréhension de 6 ans (âge réel : 8 ans). Enfant instable, difficile, très méfiant, agressif et opposant, semblant toujours être sur la défensive. Cette attitude paraît être la compensation d'un sentiment d'insécurité et d'une affectivité insatisfaite. »

Test de départ : 21 avril 1960 (séjour de 6 mois).

Q.I. : 88.

« Richard a fait de gros progrès dans tous les domaines mais il reste encore méfiant et renfermé. »

CAS 4 - Le cas de GUY F...

Enfant de l'Agence d'Avallon ;

Age : 10 ans 2 mois ;

Test d'arrivée : 20 février 1961 ;

Age mental : 8 ans ;

Q.I. : 78.

« Le Q.I. est abaissé par le retard scolaire et l'attitude d'opposition, mais la compréhension et le raisonnement sont normaux : les troubles caractériels sont profonds : enfant instable, anxieux, émotif, hypernerveux, très impulsif, jaloux et agressif. Il s'agit d'une affectivité insatisfaite. »

Test de départ : Septembre 1961 (séjour de 7 mois).

Q.I. : 83.

« Enfant plus calme, placé sur le même plan que ses camarades, il semble oublier sa condition « d'assisté » dont il faisait fréquemment état à son arrivée, quoique toujours impulsif, beaucoup moins agressif et anxieux. »

Pour conclure, rappelons que ces résultats sont communiqués au directeur d'Agence. Ils lui seront une indication précieuse sur la véritable personnalité de l'enfant ; ils lui permettront de guider la nourrice et de l'inciter à observer les réactions de son pupille.

II - *LES MOYENS MIS EN ŒUVRE*

A - *Organisation de la maison.*

Nous avons vu que la cause profonde des troubles présentés par les enfants est une insatisfaction affective dûe à l'absence d'une présence maternelle permanente. Il s'y ajoute un sentiment d'insécurité lié soit à un foyer instable soit à la perte de la mère. Ces enfants mettent en œuvre des mécanismes de défense : hyperactivité et agressivité pour les uns, isolement et inertie pour les autres, attitudes toutes deux nocives qui perturbent leur développement et l'épanouissement normal de leur personnalité.

L'organisation de la maison doit donc viser à diminuer l'insécurité de l'enfant, à satisfaire son affectivité et à réduire les mécanismes de défense.

Une vie régulière et confortable, un personnel stable assurent à l'enfant un minimum de sécurité.

Ne connaissant le plus souvent qu'une chambre surpeuplée et non ensoleillée, l'enfant accepte avec joie ce changement de cadre qui lui apporte un lit individuel, une douche quotidienne et des repas à heures fixes. Pour les plus petits, des lits à claire-voie leur permettent, lorsqu'une banale rhinopharyngite les immobilise sans nécessiter un transfert à l'infirmerie, de suivre les évolutions de l'infirmière et de converser avec elle.

Cette sécurité matérielle serait certes insuffisante sans la stabilité du personnel. C'est elle avant tout qui permet d'établir des habitudes favorables à la sécurité de l'enfant.

L'Etablissement fait face avec ses agents aux congés, absences et maladies du personnel. L'absentéïsme est du reste très réduit. Placé à sa sortie du lazaret dans sa division, l'enfant est en contact pendant tout son séjour avec le même petit groupe d'infirmières. Des habitudes familiales s'établissent, l'enfant étant habitué à être couché par telle infirmière, alors que telle autre surveille sa douche, son repas ou l'emmène en promenade.

L'enfant ne tarde pas à marquer sa préférence pour l'une d'entre elles. Cet apport affectif est à la base de bien des résultats obtenus.

Il faut signaler le réel dévouement du personnel. Certaines infirmières ont une chaleur et un sens maternel remarquables et n'hésitent pas à s'attacher avec beaucoup de sincérité et de patience aux plus déshérités. Ces dispositions sont peut-être favorisées par le fait qu'elles ne connaissent pas la vie trépidante et surmenée de leurs collègues parisiennes.

Réduire les mécanismes de défense est une tâche souvent bien difficile. Il faut permettre aux plus petits de libérer leurs pulsions agressives. Chaque fois que le temps le permet (et nous avons étudié par ailleurs la douceur hivernale du climat) ils vont sur la plage où l'eau, le sable, une installation avec balançoires, manège, toboggan leur permettent de se détendre et évitent les élans agressifs. Pour les grands, un moniteur d'éducation physique organise jeux de groupes, promenades, ramassage de coquillages et pêche dans les rochers ; ainsi l'hyperactivité de l'enfant se trouve canalisée ou son intérêt stimulé.

B - *Psychothérapie.*

Le test donne de précieuses indications sur le comportement de l'enfant, mais il ne permet pas de découvrir le traumatisme affectif qui a entraîné les troubles caractériels.

La psychothérapie a pour but de le mettre à jour et de dénouer les mécanismes de défense mis en œuvre par l'enfant et qui retentissent sur le développement de sa personnalité.

Dès son arrivée, l'enfant a un premier contact avec la psychologue qui le prend à part dans son bureau. Ses réactions guident l'attitude de cette dernière. Du matériel de peinture, des poupées sont à la disposition de l'enfant. Il les utilise le plus souvent en ignorant la présence de la psychologue. Celle-ci risque quelques avances, quitte à cesser si l'enfant les refuse.

Cette attitude de compréhension et de respect de ses sentiments permet à l'enfant de prendre confiance, puis de se rapprocher de la psychologue.

Les séances suivantes ne se dérouleront ni à jour ni à heure fixe, mais selon le propre besoin de l'enfant qui peut librement pénétrer dans le bureau de la psychologue. Tout en peignant certains enfants se mettent spontanément à parler. D'autres, à l'aide des poupées, font revivre leur conflit (cas fréquent de la poupée représentant le « petit frère » que l'enfant casse et déchire dans un cas de jalousie fraternelle). Ce conflit peut être décelé, pour les plus grands, par la méthode des Fables de Thomas.

Au fur et à mesure qu'elles lui sont moins nécessaires, l'enfant espace de lui-même les séances, jusqu'à ne plus adresser qu'un simple bonjour à la psychologue : il est adapté, ses problèmes sont résolus.

C - *Classes de perfectionnement.*

Il existe actuellement trois classes de perfectionnement. Chacune groupe une douzaine d'enfants.

La pédagogie y est souple et s'adapte à chaque enfant. Celui-ci travaille suivant son rythme et ses capacités personnelles. Des méthodes actives apportent une contribution stimulante et efficace au travail scolaire.

III - *LES AMELIORATIONS SOUHAITABLES*

A - *A l'intérieur de l'établissement.*

L'organisation actuelle de la maison convient à la mise en observation d'un très petit nombre d'enfants caractériels. Elle ne pourrait faire face aux obligations qu'imposerait l'hébergement d'un effectif plus important et il faudrait appliquer quelques modifications pour le bien de toute la collectivité.

Serait-il souhaitable de grouper les enfants dans un pavillon ? Cela ne devrait présenter aucune difficulté puisque plusieurs pavillons sont fermés pendant la période scolaire en raison de la baisse des effectifs.

Le premier avantage de cette disposition serait d'éviter au

reste de la collectivité composée d'enfants normaux un contact qui peut être très nocif. C'est ainsi que nous avons eu plusieurs exemples d'enfants au comportement par ailleurs normal se laisser entraîner à une fugue par un « meneur ».

Si l'agressivité est le comportement qui gêne le plus la collectivité et dont on ne peut ignorer les manifestations bruyantes, la passivité, elle, risque de passer inaperçue. Cette nouvelle disposition permettrait de ne pas négliger les enfants, qui entièrement passifs, s'isolent et cherchent à se faire oublier.

Le deuxième avantage, qui nous semble d'un intérêt capital, serait de grouper dans ce pavillon les infirmières qui, par leur formation et leurs qualités, sont capables de comprendre ces enfants. Il est en effet incontestable que l'attitude des enfants caractériels dépend du comportement des adultes qui s'en occupent ; beaucoup de petits drames seraient ainsi évités. Elles seraient de plus d'une aide précieuse en observant les réactions et le comportement des enfants au repas, au bain, avec les autres enfants, sans en donner un jugement global et définitif.

Un problème scolaire se poserait également et il serait important que tous ces enfants puissent suivre une classe de perfectionnement.

B - *Dans les conditions d'admission et de recrutement.*

Nous nous faisons ici l'interprète des suggestions que nous avons entendues formuler à plusieurs reprises dans les consultations parisiennes.

1°) Les règlements administratifs actuels ne permettent pas d'hospitaliser à l'Etablissement Hélio-marin un enfant pour une cause psychologique si elle n'est accompagnée d'une déficience physique. Les enfants en bon état général se voient donc priver d'un séjour dont nous venons de souligner l'intérêt. Pour ceux dont l'état général est déficient, le service de neuropsychiatrie doit se mettre en rapport avec un service de médecine générale qui décidera de l'opportunité d'une cure hélio-marine. Ceci a pour conséquence de retarder considérablement le départ de l'enfant, retard qui peut aggraver ses troubles, dans un cas de conflit familial aigu en particulier.

2°) Seuls les enfants habitant Paris peuvent actuellement bénéficier d'un séjour à Hendaye. Il serait souhaitable d'étendre ce bénéfice aux enfants de toute l'agglomération parisienne.

3°) Nous avons signalé à plusieurs reprises l'intérêt d'une intervention directe auprès des familles. Cette tâche incombe actuellement aux médecins ou à la psychologue et ne peut se faire que par correspondance. L'adjonction d'une assistante sociale au per-

sonnel de l'Etablissement Hélio-marin serait d'un très grand intérêt. Sa tâche serait multiple :

— elle apporterait aux médecins de l'Etablissement des informations qu'elle recueillerait dans les services envoyeurs. Ces renseignements viendraient compléter utilement le dossier souvent incomplet de l'enfant ;

— elle aurait une action sociale directe sur les familles en tâchant de les mettre en face de leurs responsabilités. Ainsi l'action de la psychologue de l'Etablissement a-t-elle réussie à convaincre Madame F... de reprendre son enfant au lieu de le placer de nouveau en nourrice ;

— en apportant aux enfants des nouvelles directes de leur famille, elle pallierait la rareté des lettres et assurerait ainsi un lien affectif très bienfaisant pour l'enfant.

4°) Nous avons émis à plusieurs reprises, le regret de ne pouvoir prolonger la durée de séjour de certains enfants. Les uns partent après un séjour de six à huit mois, alors qu'ils viennent seulement de s'adapter et que leur comportement s'améliore. D'autres partent sans que leur situation d'avenir soit réglée ; un nouveau changement leur est imposé qui ne sera pas définitif et qui risque de leur faire perdre les bénéfices acquis après une longue période d'adaptation.

Voici le terme de cette étude groupant quelques observations d'enfants porteurs de troubles psychologiques et ayant séjourné à l'Etablissement Hélio-marin d'Hendaye. Il semble que l'intérêt des résultats obtenus, en regard de l'importance du problème que posent ces enfants, non seulement pour leur avenir personnel mais aussi pour celui de la société, justifie les quelques transformations et améliorations que nous venons de suggérer.

CONCLUSION

Pour conclure cette étude, nous dirons que l'Etablissement Hélio-marin de la Ville de Paris à Hendaye reste une magnifique maison de convalescence à condition que cette indication soit justifiée. Toutefois il peut rendre de plus grands services : il est apte à traiter diverses catégories d'enfants malades, et de différentes et multiples orientations pourraient lui être données.

Nous avons voulu ici rappeler ses possibilités dans le domaine de l'orthopédie.

Surtout, nous avons voulu opposer aux méfaits de l'hospitalisme l'intérêt bienfaisant d'un séjour à Hendaye pour certains cas psychologiques. Tiraillés dans leur famille, ballottés dans ce monde difficile, de nombreux enfants trouvent dans la chaude et compréhensive ambiance hendayaise sécurité, stabilité et regain de personnalité qui les armeront pour l'avenir.

Vu, le Président de thèse : Monsieur LELONG

Vu, le Doyen : Monsieur Léon BINET

Vu, et permis d'imprimer : LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS